



PUC
RIO

MÁRCIA PARÇA LISBÔA

CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA:
O CAMINHO DA MATERNIDADE E DA INFERTILIDADE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, Março/1993

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

MÁRCIA PARGA LISBÔA

**CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA:
O CAMINHO DA MATERNIDADE E DA INFERTILIDADE.**

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Terezinha Fêres Carneiro

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Janeiro 1993

À minha mãe, por ter
me permitido, em algum lugar do
passado, o meu eu nela se mirar,
e por, mesmo tendo se separado
concretamente nessa jornada,
ter sido presente, ainda que silenciada,
nas marcas que me levaram a crescer...

Agradecimentos

À *Terezinha*, minha orientadora, por caminhar comigo lado a lado, na transformação do desejo em possibilidade...

À *E.*, por ter possibilitado que o meu desejo se encontrasse, me fazendo crescer...

À *Taty*, minha sobrinha, que me possibilitou ser mãe por segunda via...

À *Cláudia*, uma grande amiga, por compartilhar comigo esse desejo, mesmo nos momentos difíceis...

À *Vara*, *Ignéz* e *Marília*, amigas e profissionais que, além de acreditarem em mim, me espelharam a possibilidade da assunção de um caminho de qualidade...

À *Regina*, minha ex-analista, por ser testemunha do desabrochar de minha feminilidade...

Aos alunos que mantêm em mim a chama do desejo...

À *Márcia*, que cuidou da infra-estrutura deste trabalho, pelo carinho e dedicação numa hora tão difícil...

A todas as pacientes com as quais aprendi que é preciso não-saber; que é preciso estranhar...

Ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, por, desde a graduação, ter me propiciado a obtenção de um valioso tesouro...

Aos funcionários do Departamento de Psicologia da PUC/RJ, em especial à *Verinha*, que me forneceu luz num momento tão difícil...

Ao CNPq e à CAPES, que possibilitaram esse trabalho

À Santa Casa do Rio de Janeiro, pela oportunidade

À Universidade Santa Úrsula, por legitimar o meu desejo e propiciar o estímulo...

RESUMO

A presente dissertação propõe uma articulação entre a questão da identidade feminina e a futura possibilidade da maternidade.

Esse estudo encontra-se norteado pela hipótese de que, no processo de estruturação do sujeito psíquico, podem ocorrer alguns "imprevistos" que posteriormente influenciam a vida da mulher, desencadeando conflitos frente à feminilidade e, mais especificamente, frente à condição de uma mulher vir ou não a tornar-se mãe.

Partindo dessa premissa, foi possível repensar a possibilidade da maternidade tomando como fulcro, não só a influência da identificação primária, mas também do conflito edípico; investigando, assim, os aspectos que interferem na possibilidade de uma mulher engravidar. Discutiu-se, pois, a questão da maternidade enquanto um destino inconsciente inevitável, e não simplesmente como uma escolha consciente.

Na prática clínica, percebemos que a mulher, ao longo de sua vida, passa por diversas crises. Dentre elas, salientamos a da maternidade, ou ainda, o descobrimento da impossibilidade de engravidar. Ressaltou-se que esta última crise traz consigo uma vivência repleta de sofrimentos, visto que, tanto socialmente quanto psiquicamente, a identidade feminina encontra-se acoplada à imagem da maternidade.

O estudo em pauta aludiu à maternidade como tendo um

papel importante na definição da identidade feminina, tal qual a Psicanálise postula.

De uma maneira geral, esta dissertação teve como proposta discutir a questão da constituição da identidade feminina, no que tange à articulação dessa via identificatória com a futura possibilidade da maternidade, utilizando-se, para tal fim, do referencial psicanalítico.

Para alcançar tais objetivos, este estudo propôs uma articulação teórico-prática, que consistiu numa revisitação da teoria, utilizando-se para isso a análise de um caso clínico.

ABSTRACT

The purpose of the present dissertation is to articulate issues regarding female identity and future possibilities of maternity.

This study is based on the hypothesis that some "unforeseen" events may occur in the process of structuring the psychological subject. Such events, in turn, may influence the woman's life later on, and bring about conflicts regarding issues of femininity, as well as of becoming or not a mother.

Based on this premise, the intent of this study was to rethink the possibility of maternity taking into account the influence of the primary identification and the edipic conflict in order to understand maternity and to investigate the factors which interfere with the possibility of getting pregnant. Issues considering maternity as an inevitable and unconscious fate, as opposed to a conscious choice were explored and discussed.

We observe in clinical setting that woman undergoes several crises throughout her life. Among such crises, we emphasize the maternity crisis or the woman's realization of her impossibility to get pregnant. It is evident that this last crisis is generally followed by a great amount of psychological pain mainly because the female identity is strongly tied to maternity, either at a social or at a psychological level. In the present study, the maternity is assumed to have

an important role in the development of the female identity, as it is postulated by the Psychoanalytic theory.

Generally speaking, the objective of this dissertation was to review and discuss issues of the female identity formation regarding an articulation of this identification with the future possibility of maternity within the psychoanalytic theoretical framework.

In order to achieve its objectives, this study presented a theoretical articulation which consists of a theory review based on a clinical case study.

SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO	2
Capítulo	
1 — A CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA	16
1.1 — <u>A sexualidade feminina na obra freudiana:</u> <u>um percurso histórico</u>	16
1.2 — <u>O tornar-se mulher: um longo caminho</u> ...	21
1.3 — <u>Uma articulação entre histeria e femini-</u> <u>lidade</u>	38
1.4 — <u>Da relação Freud-mulher à questão do fe-</u> <u>minino</u>	46
2 — MATERNIDADE: UM DESTINO POSSÍVEL?	57
2.1 — <u>A função simbólica feminina e a materni-</u> <u>dade</u>	57
2.2 — <u>Maternidade: outras possibilidades teó-</u> <u>ricas</u>	65
3 — INFERTILIDADE: UMA MARCA TRAÇADA?	75
4 — ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO: "DECIFRA-ME OU TE DEVORO"	98
4.1 — <u>O atendimento psicológico de crise: a</u> <u>internação</u>	99
4.2 — <u>O atendimento especial na instituição:</u> <u>encaixando algumas peças do mosaico</u>	115
4.3 — <u>O atendimento clínico no consultório: pos-</u> <u>sibilidades, ou de como encontrar a saída</u> .	133
CONCLUSÃO	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178

"Os signos não são provas, pois qualquer um pode produzir signos falsos ou ambíguos. Volta-se então, paradoxalmente, à onipotência da linguagem: já que nada assegura a linguagem, sustentarei a linguagem pela última e única certeza: não acreditarei mais na interpretação. Receberei toda palavra do meu outro como um signo de verdade; e quando eu falar, não terei dúvidas de que ele receberá como verdadeiro o que direi. Daí a importância das declarações; quero constantemente arrancar do outro a fórmula do seu sentimento, e de minha parte nada fica para ser sugerido e adivinhado. Para que se saiba uma coisa é preciso que ela seja dita, mas também, desde que ela é dita, ela é provisoriamente verdadeira."

Roland Barthes, 1986 (grifo meu)

INTRODUÇÃO

O presente estudo emergiu da experiência clínica desenvolvida, durante quatro anos, com mulheres hospitalizadas, numa Enfermaria de Ginecologia, a 28ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro, bem como do atendimento em nossa clínica privada.

Na prática clínica, observa-se que a mulher, ao longo de sua vida, passa por diversas crises; algumas das quais encontram-se marcadas por processos relacionados à capacidade reprodutora e à sexualidade como, por exemplo, a menarca, a maternidade, o descobrimento da impossibilidade de engravidar, ou ainda, a menopausa.

Não desconsiderando a especificidade de cada caso, percebe-se, na escuta analítica do atendimento a mulheres, que há um discurso comum que se delinea por uma vivência repleta de questionamentos básicos acerca da identidade feminina.

A partir de vários depoimentos colhidos em processos terapêuticos, deparamo-nos com algumas questões, no que tange à compreensão da dinâmica psíquica dessas mulheres. Mesmo apresentando inicialmente dificuldades de expressão, essas pacientes fomentam um rico material que nos conduz, inexoravelmente, a novas reflexões acerca da constituição da identidade feminina.

Assim, no desenvolvimento deste trabalho, a todo momento nos defrontamos com sentimentos que demonstram a importância que essas mulheres imprimem à possibilidade de ser mãe,

ou ainda, no dia-a-dia, experimentamos o convívio com o sofrimento de uma mulher, frente à impossibilidade de realizar tal desejo. Portanto, a partir desse contexto, podemos afirmar que o registro analítico emerge como sustentáculo para revelações sobre o discurso feminino. Na prática, percebemos que as mulheres desconhecem o que é ser mulher, demonstrando o quanto pouco sabem sobre sua feminilidade. Essa indefinição do lugar que ocupam, do não saber o que é ser mulher, se presentifica, na maioria das vezes, num incômodo, numa crise, ou ainda, num enigma a ser resolvido.

Assim, na tentativa de resolver esse enigma, na busca da solução desse conflito, a mulher se depara com uma conexão inevitável, identificatória de um estigma, onde a visão do que é ser mulher encontra-se associada ao lugar de destaque ocupado pela sua identificação com a maternidade. Dessa forma, pode-se inferir que a possibilidade da maternidade assume um papel importante na definição da identidade feminina.

Entretanto, com relação a tal papel, há que se indagar se, para as mulheres, de alguma forma, a possibilidade de ser mãe é encarada como uma condição necessária e suficiente para esta se sentir mulher.

A presente dissertação tem exatamente como proposta rediscutir a questão da constituição da identidade feminina, utilizando como referencial a teoria psicanalítica e tendo como foco a articulação dessa via identificatória com a futura possibilidade da maternidade.

Objetiva-se, portanto, aprofundar as seguintes questões: O que levaria uma mulher a ter ou não possibilidade de

engravidar? O que se passa com determinadas mulheres tidas como inférteis? Em que "nô" esse destino se prendeu?

Com o propósito de discutir a possibilidade de uma mulher tornar-se mãe, e tomando-se como "nô" não só a relação primária mãe-bebê dessa mulher, mas também a trama edípica, pretende-se focalizar este estudo a partir de dois eixos principais: de um lado, objetiva-se enfatizar a questão da identificação primária, com vistas a investigar sua interferência no destino da maternidade e da infertilidade e, de outro, pretende-se atentar para a influência do conflito edípico no desenvolvimento de tal possibilidade.

Este estudo parte, então, da premissa de que a estruturação do sujeito psíquico, quer seja a relação mãe-bebê, quer seja a configuração edípica, pode acarretar colapsos que interferem na possibilidade de uma mulher vir a se tornar mãe. Assim, pretendemos investigar os aspectos que podem estar envolvidos na possibilidade da maternidade, ou ainda, na sua impossibilidade.

Quanto à justificativa do mapeamento da questão da identidade feminina e da possibilidade da maternidade se realizar, também, pela via da identificação primária, é importante ressaltar que a própria Psicanálise confere a tal fase um papel relevante na futura vida adulta das mulheres.

Freud (1933), no texto *A Feminilidade*, chama a atenção para a importância da fase pré-edípica, como sendo fundamental para o desenvolvimento da sexualidade feminina. Nessa fase a menina ainda não efetuou a troca de objeto e, portanto, mantém o vínculo inicial com sua mãe. Assim diz ele:

... Em suma, fica-nos a impressão de que não conseguimos entender as mulheres, a menos que valorizemos essa fase de sua vinculação pré-edípiana à mãe... (Freud, ESB, 1974, Vol. XXI, p.148)

Em outro momento, nesse texto, o autor coloca o quanto esse período é decisivo para o futuro de uma mulher, visto que durante essa fase

... são feitos os preparativos para a aquisição das características com que mais tarde exercerá seu papel na função sexual e realizará inestimáveis tarefas sociais. (Freud, ESB, 1974, Vol. XXI, p.168)

O texto freudiano ressalta a importância dessa primeira relação mãe-bebê, salientando o quanto a vivência primária poderá repercutir na vida adulta, tanto provocando conflitos frente à feminilidade, quanto atuando na perspectiva da possibilidade da maternidade.

Partindo então do pressuposto de que essa relação pré-edípiana é crucial para a constituição da identidade feminina, este estudo objetiva discutir a questão da possibilidade da maternidade enquanto um destino inconsciente inevitável, e não, simplesmente, enquanto uma escolha consciente. Pretende-se, portanto, discutir a maternidade e a infertilidade, tomando como eixo a articulação desses destinos com a vivência primária e edípiana dessas mulheres, na tentativa de investigar o quanto essa primeira relação mãe-bebê contribui para o desencadeamento de conflitos frente a feminilidade, imprimindo-se, conseqüentemente, como uma marca decisória no caminho que a mulher segue em relação à maternidade.

Portanto, a proposta da presente dissertação inclui a

discussão dos aspectos psíquicos que contribuem para que uma mulher engravide ou não, procurando articular tal possibilidade, primeiramente, com sua relação com a figura materna, ou seja, a identificação primária, e, posteriormente, com a influência do conflito edípico, ou seja, da relação com o pai.

Vale a pena ressaltar, entretanto, que para entender por que uma mulher tem a possibilidade de engravidar é preciso compreender, dentre outras coisas, qual o significado, para ela, do desejo de ter um filho.

Freud afirma que a castração na menina é um fato consumado, que gera nela um sentimento de inferioridade e produz a inveja do pênis.

É sabido que é a partir do sentimento da sua própria castração que a menina se depara com o conflito edípico, voltando-se na direção do pai para dele receber o que não tem, ou seja, um pênis. Posteriormente, quando não tem sucesso nessa demanda, desiste inicialmente do desejo de ter para si um pênis, barganhando esse desejo pelo desejo de ter um filho. Assim, a possibilidade da gravidez emerge como uma tentativa que aponta para um estado de plenitude.

Nesse sentido, podemos afirmar que, de uma maneira geral, as mulheres descrevem a gravidez como um "estado de graça e satisfação", ou ainda, como a "própria plenitude".

Na prática, através desses discursos, é possível perceber que o bebê tem a função de preencher momentaneamente a falta dessa mãe e, portanto, podemos dizer que o investimento que a mulher faz na sua gravidez é um investimento fálico.

Freud, em 1933, ratifica tal pensamento e escreve so-

bre as mulheres: "Sua felicidade é quando se, depois disso, esse desejo de ter um bebê se concretiza na realidade" (Freud, ESB, 1974, Vol. XXI, p.157).

Entretanto, se levamos em consideração a vivência das pacientes inférteis, tal argumento passa a merecer um questionamento especial. Dessa forma, este estudo propõe-se, também, a investigar se a possibilidade da mulher ascender a um gozo fálico estaria, unicamente, remetido à maternidade. Se assim o for, como conceber, então, a questão da infertilidade? Será que as mulheres inseridas nessa condição não atingiriam essa "completude"? Será que um filho é o último desejo de uma mulher?

Assim, cientes de que a maternidade costuma ser encarada como algo inerente à própria condição feminina, propomos, também, refletir sobre outras formas que a mulher encontra para se perceber enquanto tal, quando, por alguma razão, o desejo de ser mãe não pode ser concretizado.

É necessário repensar a questão da possibilidade da maternidade, tomando como eixo a própria constituição feminina, uma vez que, como observamos na clínica, a própria gravidez muitas vezes remete a conflitos com relação à identidade feminina.

Nesse sentido, Sasson (1987) afirma que a gravidez traz para a mulher a possibilidade de resgatar a sua identidade feminina. A partir daí, torna-se importante investigar se a maternidade representa o único caminho possível de ser trilhado pela mulher na busca da feminilidade.

Sobre tal fato, Freud (1933) enuncia que:

O desejo que leva a menina a voltar-se para seu pai é sem dúvida originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo do bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis... (Freud, ESB, 1974, Vol. XXI, p.157)

Podemos concluir que, para Freud, a situação feminina só é alcançada quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo de um bebê e, nesse sentido, a possibilidade da gravidez significaria, portanto, um resgate da feminilidade.

Com o intuito de discutir tais questões, esta dissertação aborda alguns temas específicos, que compreendem desde a possibilidade da maternidade enquanto destino inconsciente, remetido à identificação primária, à questão do significado que um filho pode assumir perante a constituição da identidade feminina. Estuda-se também a infertilidade, tendo em vista a investigação dos aspectos psíquicos implicados no desenvolvimento de tal condição.

A nossa intenção caminha no sentido de desvendar as peculiaridades do discurso feminino, ou seja, os problemas que advêm do complexo de Édipo e da identidade feminina, propiciando uma articulação entre o feminino e a Psicanálise.

Há que se ressaltar, ainda, que o presente estudo emerge a partir de duas justificativas fundamentais.

A primeira, que norteia todo o trabalho em questão, aponta para a necessidade da produção do conhecimento específico acerca da possibilidade da maternidade, no intuito de compreender os motivos que levam ou não uma mulher a engravidar.

Pretende-se, através do registro analítico, buscar uma

maior compreensão dessa dinâmica, no sentido de que tal entendimento possa resultar numa reorientação clínica no tratamento com mulheres, visando, dentre outros objetivos, abrir novas perspectivas de trabalho com mulheres inférteis, colaborando para um prognóstico mais positivo dessa condição.

A segunda justificativa para este estudo é de cunho teórico. É imprescindível pensar a questão da possibilidade da maternidade tomando como eixo a própria constituição feminina, visto que, dentro do próprio referencial psicanalítico, tal questão emerge como um enigma sem significante, um silêncio que recai sobre a mulher...

Embora Freud tenha teorizado sobre a questão de 1920 a 1932, termina por considerar o seu trabalho incompleto e fragmentado. Assim diz ele, em 1933:

Isso é tudo o que eu tinha a dizer-lhe a respeito da feminilidade. Certamente está incompleto e fragmentado, e nem sempre parece agradável... Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas... (Freud, ESB, 1974, Vol. XXI, p.165)

Tal postulação não nos causa espanto se fizermos uma leitura mais ampla da obra freudiana. O que fica patente, ao contrário, é a dificuldade de se teorizar sobre a questão do feminino, "um continente negro" que constitui um mistério; algo da ordem do indizível, onde sempre faltam palavras...

É a partir deste "ã parte", "morada esquecida", do enigma da constituição da identidade feminina na sua relação com a possibilidade da maternidade; desse saber constrangido onde, segundo a colocação freudiana, nos "torturamos o espíri-

to para descobrir a chave que convém" (Freud, ESB, 1974, Vol. XXII, p.169), que pretendemos desenvolver nosso estudo. A presente dissertação se propõe, portanto, a investigar tal enigma, tendo em mente que, como o texto freudiano nos sugere, por mais difícil que seja encontrar, existe uma chave para desvendar esse mistério.

A necessidade de caminhar na direção desse tema surgiu da curiosidade suscitada pela escuta do discurso feminino, no atendimento a pacientes. Na prática clínica, podemos observar que tanto a maternidade quanto a infertilidade se constituem num enigma que é expresso corporalmente e, como propôs Freud, todo sintoma nos fala de um desejo.

É nesse sentido que pretendemos analisar a questão da infertilidade. Partindo do pressuposto de que um sintoma enuncia um paradoxo, uma vez que há algo no próprio encobrimento que se descobre e denuncia, se presentificando num discurso metafórico que nos remete a outra cena, urge focalizar a infertilidade como um mito individual que nos solicita uma decifração. Há, portanto, uma dinâmica específica no sintoma de cada paciente, ou seja, uma história que se constitui num mito a reconstruir.

É preciso, pois, encontrar o fio da meada da produção sintomática de cada mulher, procurando atentar para o que se passa no processo analítico com o sintoma da paciente. Tudo que parece desarticulado na fala; tudo que constitui o sintoma na fala, são elementos homogêneos ao sintoma orgânico. É exatamente a possibilidade de separar, na fala, o que constitui o sintoma, que opera no corpo a separação da presença do sintoma. No momento da separação, no lugar daquilo que se mantinha

graças ao sintoma, nesse lugar, passa a existir um vazio. E é só a partir do lugar do vazio, que transparece na linguagem, que o fantasma pode ser reconstituído.

Portanto, na tentativa de entender o que cada mulher enuncia diante da possibilidade da maternidade, a presente dissertação apresenta um estudo de caso clínico, com vistas a decifrar o que a mulher revela através do seu corpo. E, nesse sentido, nada mais denunciador que a escuta analítica, pois se o sujeito fala seu corpo aparece; mesmo que ao falar tente encobrir seu corpo, ao contrário, assim que o faz, revela-o. Nesse caso, o que aparece é o seu eu, enquanto projeção na superfície do corpo. O jogo do corpo é então o jogo da palavra, pois as palavras dão corpo ao corpo.

Dessa forma, coerentes com essa premissa, utilizamos neste estudo a análise de um caso clínico, ou seja, a escuta das palavras de um corpo. Nessa análise, objetiva-se denotar como os fatores psíquicos, a saber, a relação primária e a vivência edípica, contribuem para o acionamento de sintomatologias, no que se refere à possibilidade da maternidade.

Vale salientar que a escolha de tal metodologia se procedeu a partir da crença de que a experiência clínica sempre nos renova a possibilidade de estreitar o contato com as teorias que sustentam nossa prática diária. Assim, a articulação teórico-prática é um desafio que emerge para nós, uma vez que não é nosso propósito simplesmente confirmar hipóteses, mas, ao contrário, visamos operar no sentido de sustentar a prática clínica a partir de determinados pressupostos teóricos.

Ressalta-se que esta dissertação encontra-se orienta-

da, principalmente, pelo pensamento freudiano, acrescido de considerações teóricas postuladas por outros autores, apresentando, assim, reflexões acerca dos textos freudianos e da prática clínica vivenciada.

Para que os objetivos se cumpram, o referencial teórico encontra-se dividido em três capítulos: A Constituição da Identidade Feminina, A Maternidade e A Infertilidade. Tal medida visa, além de possibilitar um maior aprofundamento das fases vivenciadas pela mulher, percorrer o desenvolvimento da feminilidade, já que, segundo o enfoque freudiano, não se nasce mulher, mas, torna-se mulher.

Este estudo parte, pois, de uma revisão da literatura, e em seguida desenvolve uma análise de um caso clínico. O Capítulo 1 apresenta uma revisão bibliográfica da obra freudiana, no que diz respeito à sexualidade feminina, apresentando-se subdividido em três temas principais: a constituição da identidade feminina, a histeria e a feminilidade, a Psicanálise e a questão do feminino.

O Capítulo 2 trata da questão conceitual da maternidade sob vários aspectos teóricos. Neste estudo, apresenta-se as idéias de Piera Aulagnier a respeito do discurso materno, enquanto antecipatório ao nascimento do bebê. Procura-se destacar, também, os estudos de Deutsch (1945) e Langer (1978), que dedicaram seus trabalhos à questão da relação entre a mulher e a maternidade, bem como enfatizaram os problemas com os quais a mulher se depara por ocasião da concepção de um filho.

O Capítulo 3 propõe uma revisão da literatura no que tange à questão da infertilidade, enfocando a influência dos

aspectos psíquicos no desenvolvimento de um quadro de esterilidade.

O Capítulo 4 visa ilustrar, através do estudo de um caso clínico, a nossa proposta inicial, ou seja, pretende-se demonstrar que a possibilidade da maternidade encontra-se consonante com a influência dos aspectos psíquicos e, mais especificamente, relaciona-se com a identificação primária e com a trama edípica que essa mulher vivenciou.

Portanto, o principal objetivo deste estudo é investigar a questão da identidade feminina, a partir da influência da identificação primária na possibilidade da mulher caminhar ou não em direção à maternidade.

Tal investigação ganha especial relevância porque se propõe, além do objetivo principal acima citado, a produzir material sistematizado sobre a questão da infertilidade, visto que, no Brasil, a contribuição da Psicologia nesse campo tem sido restrita. Os raros trabalhos que abordam tal assunto privilegiam o enfoque médico ou, ainda, apresentam uma preocupação inteiramente voltada para as formas de atendimento a casais que se encontram nessa condição específica.

É preciso esclarecer que é nosso intuito, no presente estudo, além de analisar o discurso feminino atentando para as similaridades e diferenças entre as mulheres mães e as mulheres inférteis, também rediscutir a literatura psicanalítica no que se refere à constituição da identidade feminina, tendo como objetivo rever a questão da feminilidade, para além da equivalência fálica.

Finalmente, a nossa expectativa é que este trabalho

não consista apenas em mais uma publicação sobre a mulher, mas, ao contrário, contribua para um redirecionamento da prática clínica, principalmente no que diz respeito à infertilidade.

"Assim segue o enigma da mulher: aquela que buscava o que não tinha, porque também não era, passará a se perguntar sobre o que tem, porque ela já sabe que é algo de diferente — e não mais apenas de ausente — com relação ao homem, algo invisível e que ela percebe apenas enquanto refletida na manifestação do desejo do homem."

B. Fuks e V. Leite, 1986

CAPÍTULO 1

A CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA

1.1 — A sexualidade feminina na obra freudiana:

Um percurso histórico

Com o intuito de abordar a questão da possibilidade do exercício da maternidade, na sua relação com a identidade feminina, pretende-se na presente dissertação, primeiramente, recorrer a certas premissas fundamentais da obra freudiana, no que tange à constituição da feminilidade.

Parece ser fundamental para o desenvolvimento do referido estudo, caminhar na direção de um aprofundamento, no que se refere à constituição da identidade feminina, visto que objetiva-se relacionar a possibilidade da maternidade à identificação primária.

Nesse sentido, é sabido que muitos conflitos vivenciados na primeira relação da menina com a figura materna podem repercutir no futuro da mulher, sendo, portanto, primordial atentar para todo o seu desenvolvimento psicosexual.

Por essa razão, se desejamos focalizar esse estudo sobre uma fase específica da vida da mulher, torna-se imprescindível investigar como se desenvolve esse processo na sua completude. Faz-se, pois, necessário atentar para o caminho que

a menina deve percorrer para tornar-se mulher, pois, assim como propôs Freud, não podemos desprezar a própria associação que se estabelece entre o desejo de ter um filho e o processo de formação da sexualidade feminina.

Portanto, é importante ressaltar, dentro de uma perspectiva freudiana, tendo em vista os conceitos básicos da sexualidade feminina, os conflitos gerados na relação mãe-filha.

Sendo assim, se faz necessária uma revisão cronológica sobre os textos freudianos, no sentido de compreender a questão da relação entre a maternidade e a sexualidade feminina dentro de uma perspectiva histórica dessa obra.

O primeiro texto que merece destaque dentro da obra freudiana foi escrito em 1905: *Três Ensaios sobre a Sexualidade Infantil*, onde é postulada a existência da sexualidade infantil. Esse texto aborda a questão do complexo de castração e da inveja do pênis nas meninas, o que, como bem sabemos, vai se constituir como base para todo o desenvolvimento da feminilidade.

Nesse artigo, Freud enuncia como exigência para assunção da posição feminina a troca de zona erógena, do clitoris para a vagina, postulando um caminho diferente em relação ao menino.

Já o texto *Sobre o Narcisismo: Uma introdução*, de 1914, trata da diferenciação entre libido narcísica e objetal. Freud utiliza essa postulação para compreender o desenvolvimento psíquico da mulher e do homem. Nesse sentido, afirma que o homem, ao contrário da mulher, tem o investimento libidinal mais voltado para o objeto do que para o ego. A mulher, diferente-

mente, tenderia a investir mais em si mesma, sendo que a possibilidade de passagem desse tipo de investimento para o amor objetal poderia ser alcançado, segundo Freud, na vivência da gravidez. Assim diz ele, sobre as mulheres:

Na criança que geram, uma parte de seu próprio corpo as confronta como um objeto estranho, ao qual, partindo-se de seu próprio narcisismo, podem então dar um amor objetal completo. (ESB, 1974, Vol. XIV, p.110)

Em 1923, no texto *Organização Genital Infantil*, Freud enfatiza a fase fálica, afirmando que o complexo de castração é inaugurado em torno de uma organização fálica, e que, portanto, anteriormente não há sequer o reconhecimento da vagina. Só mais tarde, quando é possível se dar esse reconhecimento, é que se coloca uma antítese entre o feminino e o masculino. Assim, se por um lado a masculinidade é associada a sujeito, atividade e pênis, por outro, a feminilidade é associada a objeto, passividade e não-pênis.

No texto de 1924, *A Dissolução do Complexo de Édipo*, Freud aborda a resolução desse complexo tanto na menina como no menino, atribuindo-lhes caminhos diferentes. No caso da menina, Freud explicita que o complexo de Édipo não termina de forma abrupta, pois ela não vive o medo da castração, visto já ser esta um fato consumado. Por essa razão, ela se volta para o pai na tentativa de substituir o desejo do pênis pelo desejo de um filho.

Em 1925, Freud escreve *Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos*, onde postula de forma clara e específica o desenvolvimento do Édipo na menina e

no menino, enfocando principalmente suas diferenças. Aqui também, Freud nos chama especial atenção para a primeira relação da criança com a mãe e enfatiza a importância dessa fase pré-edipiana para as meninas. Prossegue ainda, discutindo as consequências psíquicas da inveja do pênis na menina, ressaltando que tanto a esperança de obter um pênis algum dia, quanto a recusa de se ver castrada, podem persistir e prejudicar o desenvolvimento em direção à feminilidade.

Sobre esse fato, podemos afirmar que é exatamente o reconhecimento de que existe diferença anatômica entre os sexos, que conduz a menina a abandonar a masculinidade e, assim, caminhar na direção da assunção da feminilidade.

Nesse texto, Freud conclui ainda que o complexo de castração marca a saída do Édipo para os meninos, enquanto nas meninas ele é inversamente responsável por este conflito. Assim, pode-se dizer que o Édipo nas meninas é uma formação secundária.

A partir daí, ele prossegue enfatizando a importância da fase pré-edipiana no desenvolvimento da menina, e finalmente, no texto *A Sexualidade Feminina*, de 1931, discute como se processa, no caso das meninas, a troca de objeto sexual. Percebemos que nesse texto há uma alusão clara a essa possibilidade de mudança, sendo esta influenciada pelo vínculo inicial que a menina mantém com a mãe. Como reforço de tal idéia, Freud exemplifica afirmando que algumas mulheres permanecem ligadas a essa primeira relação com a mãe, e sequer trilham o caminho da feminilidade. Nesse estudo, Freud também analisa de forma mais detalhada os motivos do afastamento entre a me-

nina e a mãe.

Sobre o último artigo onde Freud se refere à questão da sexualidade, *A Feminilidade*, de 1933, podemos dizer que quase não há nada de novo; trata-se apenas de uma reorganização das idéias apresentadas anteriormente. Esse texto aborda a questão da bissexualidade, procurando enfatizar a feminilidade, num sentido psíquico, como um lugar que aponta para a preferência por fins passivos.

Nesse sentido, pode-se dizer que o tema abordado diz respeito a uma tentativa de esclarecer como uma menina pode se constituir enquanto mulher. Para tal, Freud recorre desde a postulação da fase fálica, até a mudança de zona erógena e de objeto, chamando novamente a atenção para a importância da fase pré-edípica, como sendo vital para o desenvolvimento da sexualidade feminina. O referido texto termina ainda por enfatizar a relevância do complexo de castração, enquanto determinante do destino sexual. No caso específico da menina, Freud postula que a descoberta da castração acarreta a inveja do pênis e, com isso, a menina se volta para o pai, na esperança de receber dele o que não possui. Finalmente, fica claro que a situação feminina só é alcançada quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo de um bebê, o que se constitui numa equivalência fálica.

1.2 — O tornar-se mulher: Um longo caminho

Com vistas a iniciar a discussão sobre o caminho de tornar-se mulher, é preciso remeter-se ao texto freudiano de 1925, *Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos*, bem como aludir a alguns aspectos levantados no texto de 1919, *Uma Criança é Espancada*, que se constitui num artigo de fundamental importância para podermos entender como Freud desenvolveu o estudo específico acerca da sexualidade feminina.

Em 1919, Freud relaciona a problemática feminina com a ligação da menina com o pai. Ou seja, em determinado momento da vida da menina, podemos perceber que ocorre uma fixação amorosa dela para com o pai, visto que este seria o objeto amorocho escolhido, e a mãe seria, então, tomada como rival. Vale a pena ressaltar que esse texto não valoriza a relação precoce da menina com a mãe. Ao contrário, podemos dizer que Freud enfatiza, de um lado, a relação da menina com seu pai e, de outro, a culpa que essa relação proporciona à menina. Dentro desta perspectiva, Freud descreve que a fantasia de espancamento toma a seguinte forma: de "o pai me ama" para "o pai me bate". Essa passagem funciona de modo a contribuir para que essa relação ilegal permaneça velada, funcionando como uma punição para esse amor proibido.

Entretanto, Freud coloca que, na tentativa de romper com esse amor proibido, a menina se depara com a seguinte situação:

Quando elas se afastam do amor incestuoso pelo pai, com seu significado genital, abandonam com facilidade o papel feminino. Põem em atividade o seu "complexo de masculinidade" (Von Ophulsen, 1917) e, a partir de então, querem apenas ser meninos. (Freud, ESB, Vol.XVII, 1974, p.239)

A indagação a que esse texto nos conduz se relaciona à tentativa de esclarecer como a menina pode se orientar na sua vida sexual, se sua fantasia, cicatriz do Édipo, a conduz a uma posição masculina. Ainda nesse texto, Freud postula que é numa troca de sexo que resulta a fantasia feminina, troca essa que se opõe à feminilidade que era apontada no Édipo, no desejo da menina pelo pai. Mas, nesse sentido, surge-nos uma questão, ou seja, como pode então a menina escapar deste seu destino homossexual?

Uma leitura minuciosa desse texto nos faz perceber que algumas perguntas suscitadas só foram retomadas posteriormente. Em 1923, Freud escreve *Organização Genital Infantil* e logo de início reconhece sua ignorância diante da organização psíquica das meninas.

Nesse artigo, Freud enuncia que, no estágio da organização pré-genital, a antítese ativo e passivo vai prevalecer sobre a antítese masculino e feminino. Uma das características da organização genital infantil aponta para a masculinidade, e não para a feminilidade. Assim, podemos afirmar que a característica peculiar dessa fase é que, para ambos os sexos, só vai entrar em consideração um único órgão genital, que é o masculino.

Nesse estudo, que completa o de 1905, Freud apresenta a fase fálica, que é a fase da não-diferença. Esta é uma fase

em que as crianças costumam formular teorias acerca do nascimento dos bebês, bem como tentam elaborar respostas para a sua curiosidade sexual. Percebe-se, nesse sentido, que geralmente as crianças hipotetizam que homens e mulheres possuem pênis. Mesmo quando o órgão genital das meninas é observado, a criança percebe que há algo diferente, mas chega à conclusão, primeiro, de que é um pênis pequeno que ainda vai crescer e, depois, pensa que ali existia um pênis que foi tirado.

Assim, podemos dizer que, diante do sexo feminino, o menino vê a inexistência do pênis, entretanto rejeita esse fato, acreditando que esse órgão ainda crescerá. Portanto, a antítese desta fase é entre possuir um órgão genital masculino e ser castrado.

De forma geral, podemos dizer que a contribuição mais importante desse texto é quanto à questão de primazia do falo. Assim, diz ele:

A característica principal dessa organização genital infantil é sua diferença da organização genital final do adulto. Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente não é a primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo. (Freud, ESB, Vol. XIX, 1974, p.180)

Reparamos que, nesse texto, Freud utiliza-se do termo falo para designar, inicialmente, uma estreita conexão com o órgão masculino, mas percebe-se também uma articulação que aponta o conceito de falo para além do próprio pênis.

Freud, em 1910, escreve sobre Leonardo da Vinci e relata uma fantasia infantil do artista. Este, quando criança,

em seu berço, se viu amamentado pela cauda de um abutre. Nesse texto, Freud identifica a cauda do abutre como sendo o órgão genital masculino e associa o fato à deusa egípcia Mut, que apresentava uma cabeça na forma de abutre. Essa deusa-mãe era geralmente representada por um falo, com um corpo de mulher, já que possuía seios, mas ao mesmo tempo possuía, também, um membro masculino em ereção.

Sobre esse fato, mitologicamente, deparamo-nos com a explicação de que as divindades hermafroditas expressam, através da fusão dos elementos masculino e feminino, o símbolo da perfeição divina. Psicanaliticamente, porém, podemos entender essas divindades como encarnando a representação das teorias sexuais infantis, ou seja, uma referência ao próprio falo.

Ainda quanto ao texto de 1923, há que se ressaltar que, como o próprio Freud já havia postulado, a partir da primazia do falo se faz necessário investigar o processo que a menina atravessa na fase fálica. Problema este que ele tentará abordar dois anos mais tarde, quando em 1925 publica o texto *Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos*, demarcando a forma sob a qual a primazia do falo se inscreve, tanto para a menina quanto para o menino.

Freud começa, então, a perceber que por trás desta posição amorosa da menina pelo pai se esconde uma outra, mais antiga. Parece não haver dúvidas de que esta inclinação pelo pai, na verdade, oculta um amor outrora vivido com a mãe. Este amor está longe de ser apagado pela eleição do pai, ou seja, em ambos os casos, menino e menina, a mãe será sempre o objeto original.

Entretanto, sobre esse fato, é importante salientar uma questão: o que possibilita o rompimento desse poderoso elo com a mãe e permite que se cumpra o destino habitual?

Para responder tal incógnita, Freud recorre à revelação da distinção anatômica entre os sexos, afirmando que o menino, diante da visão do sexo feminino, rejeita a anatomia sexual que aponta para a ausência de pênis. Na verdade, ou ele acredita que o pênis da menina ainda vai crescer, ou simplesmente não demonstra nenhuma reação diante do fato. Mas, posteriormente, quando se vê ameaçado de perder o seu órgão tão valioso, o menino relembra a visão esquecida, fato que desperta muita angústia. Como consequência desta descoberta, ele adota duas posturas diante das mulheres: "Horror à criatura mutilada ou desprezo triunfante por ela" (Freud, ESB, Vol.XXI, 1974, p. 263).

Quanto à menina, é importante ressaltar que o processo ocorre de maneira diversa, apresentando-se com um problema a mais. Podemos dizer que, em ambos os sexos, a mãe funciona como o objeto original, sendo que no caso dos meninos a trama edípica vai se desenrolar com relação a esse mesmo objeto. Já as meninas têm que abandonar a mãe e tomar o pai como objeto amoroso. No entanto, não podemos esquecer que tal processo é fruto de um longo caminho que a menina deve percorrer e que, sem dúvida, é inaugurado pela descoberta da própria castração. Sendo assim, o complexo de castração, que dissolve o complexo de Édipo nos meninos, o inaugura nas meninas. Ao se deparar com o pênis do irmão ou de um amiguinho, a menina compara a sua anatomia, o que acarreta um sentimento de inveja.

Podemos dizer, então, que a menina tem uma outra reação diante da observação da diferença. "Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo" (Freud, ESB, Vol.XIX, 1974, p.314). Daí se origina o que Freud denomina de "complexo de masculinidade", que se constituiria na esperança que a menina tem de algum dia vir a obter o pênis. Ressalta-se que essa reação pode ainda ser observada, posteriormente, em algumas meninas.

Devemos salientar que, para a menina, o fato de reconhecer que lhe falta um pênis não é aceito com submissão. O desejo de possuir algo semelhante persiste no inconsciente, podendo se presentificar, futuramente, no desejo de ter um filho.

Inicialmente, a menina vive a castração enquanto um infortúnio pessoal, e só aos poucos ela consegue perceber que outras mulheres também não possuem o pênis. Nesse momento, sua mãe também pode ser vista enquanto castrada, ou seja, enquanto mulher. Como o seu amor encontrava-se dirigido à mãe fálica, a menina, ao se deparar com a castração da mãe, vivencia sentimentos hostis em relação a esta. A partir daí, podemos dizer que o desejo que leva a menina a voltar-se para o pai é, originalmente, o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou. Podemos afirmar que a inveja do pênis mantém a menina na direção de uma esperança: ela vê que não tem e quer tê-lo.

Dessa forma, podemos dizer que a menina se mantém imersa dentro do sentimento de inveja do pênis e, diante dessa ferida narcísica, desenvolve, como cicatriz, um sentimento de inferioridade.

Uma segunda consequência dessa inveja do pênis, na vida adulta das meninas, seria o ciúme, que ocuparia um papel

relevante no funcionamento da dinâmica psíquica das mulheres, se constituindo na própria inveja do pênis deslocada.

Uma outra consequência da inveja do pênis consiste no afrouxamento da relação afetiva da menina para com sua mãe. Assim, a mãe é tida como culpada por não tê-la "capacitado", ficando responsabilizada por sua falta de pênis.

Esse enfrentamento da castração, por parte da menina, traz como consequência a entrada no Édipo. No entanto, como afirma Freud, esse processo se dá de forma diferenciada, para meninos e meninas:

Enquanto nos meninos o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas se faz possível e é introduzido através do complexo de castração. (Freud, ESB, Vol.XIX, 1974, p.318)

Somente quando se vê enquanto castrada, e se encaminha na direção da busca de um pênis, é que a menina pode deixar a relação amorosa primeira com a mãe, para se voltar para o pai, na esperança de receber, deste, um filho. Sendo assim, podemos dizer que a menina elege o pai como objeto de amor apenas por interesse, ou seja, ela espera que este lhe dê algo que não tem. Nesse contexto, a mãe se torna uma rival e, portanto, motivo de ciúme.

O desenvolvimento da feminilidade se processaria nesta segunda fase, onde a menina se ligaria ao pai com o intuito de lhe pedir um filho. Assim, podemos dizer que a ascensão à feminilidade só ocorre se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê; fato que não significa uma renúncia do pênis, e sim, uma busca da equivalência simbólica, onde um filho tem o mesmo valor do pênis.

Dentro desse contexto, a menina se tornaria uma pequena mulher. Mas como terminaria esta ligação da menina para com o pai?

Freud não encontra motivos para a dissolução do complexo de Édipo feminino. Ao contrário, afirma que o menino, diante da ameaça de castração e do medo da retaliação, abdica do seu investimento com relação a sua mãe. Entretanto, há que se pensar que, nas meninas, essa castração que causa o fim do Édipo no menino já estaria "consumada". Por não experimentar essa ameaça de castração, Freud afirma que o Édipo feminino teria fim somente sob a via da repressão e, por essa razão, seus efeitos persistiriam na vida mental das mulheres.

Freud já havia, em 1924, enunciado esta problemática, acenando com uma possibilidade de dissolução do complexo de Édipo feminino:

Seu complexo de Édipo culmina em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente dar-lhe um filho. Tem-se a impressão de que o complexo de Édipo é, então, gradativamente abandonado, pois esse desejo jamais se realiza. (Freud, ESB, Vol.XIX, 1974, p.223)

Estes aspectos foram abordados posteriormente de forma mais detalhada, em outros textos freudianos onde a sexualidade feminina é enfocada sob vários aspectos.

No texto *A Dissolução do Complexo de Édipo* (1924), Freud postula que o efeito do complexo de castração na mulher, como antes ele já afirmara, é totalmente diferente do que ocorre nos meninos. A menina reconhece o fato de ser "castrada", e a partir desse reconhecimento legitima a superioridade do homem e a sua própria inferioridade. No entanto, se rebela

contra este seu destino submisso. A partir desse processo, três conseqüências, ou três saídas se abrem para a menina. A primeira consistiria na questão suscitada pela comparação anatômica com os meninos, trazendo como resultado o abandono de sua atividade fálica, o que pode levar a um comportamento extremo, ou seja, à recusa de viver a sexualidade em geral. A segunda saída apontaria para a persistência na afirmação de que um dia ela própria, menina, também terá um pênis, o que normalmente se constituiria numa insistência no complexo de masculinidade. Nesse caso, por não querer se deparar com a sua castração, a menina mantém a sua atividade clitoridiana e se refugia na identificação com a mãe fálica, ou, ainda, com o pai. No entanto, esse processo impossibilita o encontro da menina com a essência da passividade, o que permitiria a abertura do caminho para a feminilidade. E, como terceira e última possibilidade, a menina ascende a uma atitude feminina normal, onde toma o pai como objeto de amor e encontra a forma positiva do complexo de Édipo.

Há que se considerar, entretanto, que o caminho para a feminilidade é longo...

No texto *Sexualidade Feminina*, de 1931, Freud postula que o desenvolvimento da sexualidade incorre num processo, até certo ponto, difícil para a mulher, visto que ela tem duas tarefas a cumprir: a primeira consiste no abandono do clitóris, ou seja, a principal zona genital até então, em favor de uma nova zona erógena: a vagina; e a segunda tarefa consistiria na troca de seu objeto original, a mãe, pelo pai. Freud observou, ainda, que uma ligação intensa com o pai é antecedida por ou-

tra, também intensa, com a mãe.

No que se refere a essa primeira ligação da menina com a mãe, Freud afirma que é muito rica e duradoura, proporcionando inúmeras oportunidades para fixações. O que posteriormente se encontra na relação com o pai, foi transferido deste vínculo inicial. Por essa razão, Freud afirma que, para que haja um melhor entendimento das mulheres, é necessário que se valorize a fase pré-edipiana.

É sabido que o investimento libidinal da menina para com sua mãe vai acompanhar as fases da sexualidade infantil, se expressando tanto por impulsos ativos, quanto por impulsos passivos. A natureza da relação mãe-filha é, portanto, ambivalente e contém sentimentos carinhosos e hostis.

Essa fase pré-edipiana tem, na vida das meninas, uma importância tão grande que algumas mulheres ficam detidas em sua ligação original com a mãe e nunca alcançam uma mudança em direção aos homens.

Mas, o que possibilita o rompimento desse elo da menina com a mãe e permite que se cumpra o destino habitual?

É certo que o afastamento da mãe pode se dar por vários motivos e é consequência da ambivalência de sentimentos, sendo a hostilidade uma característica dessa etapa. Nesse sentido, Freud afirma:

Uma poderosa tendência à agressividade está presente sempre ao lado de um amor intenso, e quanto mais profundamente uma criança ama seu objeto, mais sensível se torna aos desapontamentos e frustrações provenientes desse objeto; e, no final, o amor deve sucumbir à hostilidade acumulada. (Freud, ESB, Vol.XXII, 1974, p.153)

Um dos motivos desse afastamento da menina com a mãe seria o ciúme de outras pessoas, já que o amor infantil exige posse. Um exemplo do acionamento desse sentimento pode ser observado por ocasião do nascimento de um irmão ou irmã, que são vistos como intrusos e rivais. Outro fato que levaria ao rompimento da menina com a mãe seria a frustração que ocorre com o impedimento, pela figura materna, das atividades prazerosas com os genitais. Não podemos esquecer que a mãe é a mesma figura que desperta inicialmente na criança as sensações de prazer, ao proporcionar os primeiros cuidados corporais, no ato de erogenização do corpo infantil, mas depois a proíbe, até mesmo com severas ameaças.

Esse processo de erogenização do bebê provoca uma fantasia muito comum: geralmente a criança vivencia essa relação com a mãe, ou com a pessoa que cuida dela, como sendo uma relação permeada pela sedução. Segundo Freud, essa sedução precocemente experimentada talvez seja a origem das fantasias posteriores que a menina tem do pai, enquanto sedutor. É necessário, aqui, abrir um parêntese para a teoria das neuroses.

Nos primórdios dos estudos sobre a histeria, Freud percebeu que suas pacientes relatavam que haviam sido seduzidas na infância pelo pai, o que o levou a encarar os sintomas apresentados por essas pacientes como consequência da experiência sexual que a criança sofria passivamente por parte do outro. Nomeou esse enunciado de teoria da sedução.

Entretanto, Freud começou a ter dúvidas sobre a veracidade das cenas de sedução vividas por suas pacientes. Na carta de 21 de setembro de 1897, escreve a Eliess: "Não acredito

mais em minha neurótica" (Carta 69). Seu questionamento começa por não conseguir concluir nenhuma de suas análises, e pela falta do sucesso esperado com relação ao tratamento. E ele continua: "Depois, a surpresa de que na totalidade dos casos, o pai, sem excluir o meu, tinha que ser acusado de perverso" (Carta 69) (Freud, 1986).

A partir daí, o mecanismo dos sintomas histéricos é visto de outra forma, não mais como derivado de lembranças reprimidas relacionadas a experiências reais. Percebe-se que, entre os sintomas e o trauma, acham-se inseridas as fantasias da paciente. No entanto, não podemos esquecer que a fantasia de sedução pelo pai deve, pois, ser referida a seu fundamento, ou seja, a sedução primária da mãe.

Retomando o que foi exposto anteriormente, no que se refere ao término da relação da menina com a mãe, podemos dizer que este não ocorre somente por fatores como ciúme ou frustração na atividade sexual, uma vez que estes fatores também estão presentes na relação materna com os meninos. A filha vai responsabilizar a mãe por esta ter lhe trazido ao mundo sem o pênis. E vai, também, ser desvalorizada por ela, na medida em que aparece destituída desse órgão.

Assim, como possíveis razões ligadas a esta hostilidade, Freud aponta diversos outros fatores. A menina, dentre outras causas, culpa a mãe por ter sido ela a interditora da sua masturbação e por não ter lhe amamentado o suficiente. Entretanto, Freud frisa o motivo que considerava o mais importante:

Seja como for, emerge... como motivo mais forte para a menina se afastar dela, a censura pela

mãe não lhe ter dado um pênis apropriado, isto é, tê-la trazido ao mundo como mulher. (Freud, ESB, Vol. XXI, 1974, p.268)

Mas as exigências da menina parecem não se limitar ao que foi mencionado anteriormente. Assim, emerge uma indagação básica, ou seja, o que é que a menina exige da mãe na fase pré-edipiana? É sabido que essa primeira relação se reveste de sentimentos ambivalentes, apresentando objetivos tanto passivos quanto ativos. Como podemos observar nas brincadeiras infantis, a criança vive uma revolta contra a passividade. Ela tenta se destacar da mãe, renegando a posição de objeto, para assumir uma posição de sujeito. Esse processo requer, entretanto, uma certa atividade, o que nos leva a pensar sobre o paralelismo freudiano: passividade/feminino e atividade/masculino. Nesse sentido cria-se um paradoxo, pois se, de um lado, a menina precisa conservar essa passividade inicial para se ligar ao pai e, assim, atingir a feminilidade, por outro lado deve abandoná-la, para romper com a mãe.

Apesar do processo de constituição da identidade feminina ser permeado de trocas, tais como troca de objeto e de zona erógena, não podemos restringir tal desenvolvimento a uma mera substituição, pois o que ocorre, na realidade, é um desdobramento.

Observando o texto de 1931, percebe-se que Freud não esgota o estudo do processo da constituição feminina devido à complexidade dos aspectos envolvidos.

Em 1932, retomando o tema, ele faz uma conferência, que é denominada *Feminilidade*. Nesse trabalho, a preocupa-

ção básica gira em torno da seguinte questão: como é o tornar-se mulher? É essa a indagação que a Psicanálise vai, de uma forma geral, tentar responder, já que considera tarefa impossível descrever o que é uma mulher.

Portanto, a feminilidade se apresenta como um vir a ser, um tornar-se, e não como um ser.

Sabe-se que, para Freud, a constituição da feminilidade foge do alcance da anatomia; o que importa é a organização psíquica que vai se dar através da sexualidade. A função sexual será o efeito de uma erogeneidade do corpo biológico, mediante uma organização peculiar da libido.

Seguindo essa visão, a feminilidade deve ser praticamente construída, através de um longo trabalho psíquico. Assim diz ele:

De acordo com sua natureza peculiar, a Psicanálise não tenta descrever o que é a mulher, mas se empenha em indagar como a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde criança dotada de disposição bissexual. (Freud, ESB, Vol. XXII, 1974, p. 144)

Se a menina é um "pequeno homem", não é de se estranhar que sua evolução seja mais complicada que a do menino. Freud aponta, nesse texto, a não-existência de uma atração automática da menina pelo sexo oposto, sendo que o ódio pela mãe fica sendo o responsável pela ida da mulher ao homem.

De uma forma geral, podemos notar que esse texto não traz muita novidade em relação ao seu antecedente (*Sexualidade Feminina*, de 1931). Neste artigo, Freud retoma os motivos do afastamento da menina para com a mãe, tomando como base o complexo de castração e, subseqüentemente, a inveja do pênis.

Freud ressalta, aqui, a questão das três saídas que se colocam para a menina, a partir da castração. São elas:

... uma conduz à inibição sexual ou à neurose, outra à modificação do caráter no sentido de um complexo de masculinidade, a terceira, finalmente, à feminilidade normal. (Freud, ESB, Vol. XXII, 1974, p.155)

Dessa forma, a feminilidade emerge como um enigma, pois não é um dado *a priori*, ao menos a nível do inconsciente e de suas representações. A anatomia pode distinguir os dois sexos, mas não é suficiente para distinguir o masculino e o feminino. O dualismo colocado por Freud, atividade/passividade, também não consegue dar conta da diferença do psiquismo da mulher e do homem. Freud faz uma vinculação desses termos, sem querer, no entanto, reduzir a mulher a uma condição passiva. Pelo contrário, ele acha que, em algumas ocasiões, é preciso uma grande quantidade de atividade para se alcançar um fim passivo. Assim, tanto homens quanto mulheres podem se mostrar ativos ou passivos em diversas situações.

Resumindo, podemos dizer que sobre a perspectiva apresentada por Freud, no que tange à questão da feminilidade, alguns pontos permanecem obscuros. Ele coloca a questão das trocas que a menina tem que efetuar para atingir a feminilidade. Diz ainda ser necessário que a menina se distancie de sua atividade fálica, mas, ao mesmo tempo, defende que ela deva manter parte desta atividade para poder, assim, ir em busca do pai. Este processo consiste no Édipo positivo, que apontaria para o desenvolvimento de uma "sexualidade normal".

A questão que nos fica é a seguinte: o que é realmen-

te necessário para que a menina possa assumir o caminho da feminilidade, o abandono ou a preservação dessa atividade? Se há preservação dessa atividade, como conceber o caminho para a feminilidade?

Parece certo que, na busca objetal, a mulher precisa empreender uma certa atividade. O mesmo raciocínio pode ser utilizado sobre a questão da troca de zona erógena, que é necessária ao desenvolvimento da sexualidade feminina. Assim, para Freud, no caminho da feminilidade o gozo clitoridiano deve ser abandonado em favor do gozo vaginal. Mas o cotidiano nos fala de uma outra realidade. Parece-nos que o gozo fálico nunca é inteiramente abandonado. O que podemos observar é que, talvez, o caminho da feminilidade aponte para a via do desdobramento, e não para a substituição. Por essa razão, devemos nos indagar sobre o que é próprio da mulher, então.

Freud responde que ser mulher é ser mãe. A feminilidade consiste num processo que engloba tanto a ida da menina, da mãe, para o pai, quanto uma substituição simbólica do pedido de um pênis, para o de um filho. Pedido este que o pai não responderá, e que a menina irá, então, postergar. A partir do exposto, surge uma outra questão. A menina deve, ao mesmo tempo, "abandonar" a mãe e mantê-la como suporte identificatório na busca do homem, ou seja, seu pai. Como fica, então, a identificação com esta mãe, justamente no momento em que ela mais a odeia?

Parece que a menina vive um processo de contradição, pois exatamente no momento em que ela rejeita a mãe e mais a hostiliza, é que precisa identificar-se com ela para ocupar o

lugar feminino na relação com o pai.

E pensar que o caminho percorrido pela menina é cravado por inúmeras decepções. De um lado, a mãe não a concebeu com um pênis e, de outro, o pai lhe causa uma injúria, exatamente no momento em que nega duplamente um pênis e um filho. Nesse sentido, resta-nos compreender como pode a menina ultrapassar mais esta decepção para prosseguir sua vida, articulando o seu desejo pelos homens.

Parece que o desejo de uma mulher só pode surgir quando ela atravessa o Édipo. Só a partir daí se torna possível manter uma relação heterossexual, e a mulher, através do que vê refletida na manifestação do desejo desse homem, vai poder saber o que tem e, conseqüentemente, quem é.

Portanto, só quando percebe que uma outra possibilidade da equivalência fálica é ser desejada, é que a mulher atinge sua identidade feminina.

Freud, ao escutar suas pacientes, se viu forçado a caminhar na busca de algo que faltava e, no afã da descoberta, construiu o saber psicanalítico. Portanto, falar do feminino é falar da Psicanálise e vice-versa, pois a demanda psicanalítica nos remete ao feminino, já que não nos permite saber tudo, visto que o próprio inconsciente não se esgota.

A mulher, como figura maior da psicanálise, personifica a falta, o não-dito que é a própria representação da castração.

Mas a marca da castração é que vai possibilitar que o

significante da falta adquira vários significados. Por esse caminho, é possível pensar na variedade de equivalências fálicas que a mulher pode buscar, de acordo com seu desejo.

1.3 — Uma articulação entre histeria e feminilidade

É no contexto apresentado pelas possibilidades de acesso à feminilidade que a histérica irá desenvolver a sua maneira própria de ser. Nesse sentido, podemos dizer que a histeria não se manifesta apenas como uma neurose, mas também como uma forma de colocar a problemática do ser mulher.

Tal fato acontece porque a histérica se depara com uma questão crucial, que aponta para a falta de um significante feminino que lhe diga o que é ser mulher; questão esta que se constitui no destino de todas as mulheres.

Portanto, nesse sentido, podemos dizer que a histérica surge como denunciante do enigma da feminilidade.

Dessa forma, a compreensão da trajetória da mulher para a ascensão à feminilidade encontra-se consonante com a própria trajetória que a histérica trilha.

Nesse sentido, Serge André (1986) aponta que o enfrentamento da castração pode ocasionar uma saída histérica: "...a menina recusa o que considera uma derrota e se obstina numa reivindicação de tipo histérico" (p.179). Mas devemos pensar sobre que reivindicação seria esta.

Parece que a histérica se consagra a denunciar a fal-

ta de um significante do sexo feminino. Lacan enuncia que toda estrutura de uma neurose traz, essencialmente, uma questão. No caso da histeria, ele afirma: "Que diz Dora através da sua neurose? Que diz a histérica-mulher? Sua questão é a seguinte: O que é ser mulher?" (Lacan, 1986, p.200).

Parece-nos claro que, ao se deparar com a falta, a histérica designa seu pai como responsável por essa falta. O falo que ela encontrou em seu pai foi insuficiente, pois o pai da histérica é estruturalmente impotente. Por essa razão, podemos dizer que a demanda da histérica, assim como a de todas as mulheres, é revelada por um questionamento sobre sua femilidade.

Como possibilidade de resposta a essa questão, a histérica se depara com o emblema paterno, que só indica o falo, ou seja, só sugere uma identificação fálica. Diante desse quadro, a histérica vivencia, então, a proibição paterna com seu aspecto negativo bem destacado, bem como a separação de sua mãe como um desgarramento fragmentado.

Para a histérica, então, o não ser se apresenta de duas maneiras: um dramático não ser o falo, desmoroamento intolerável e incessantemente ameaçador, ou bem um risco de não sê-lo, que abriria o acesso a ter o falo. Mas a histérica, pela sua posição, fica impedida de reconhecer o pai com o que tem. (Rosolato, 1974, p.293)

Para a histérica, a assunção da castração, ou do reconhecimento de que não tem o falo, a coloca numa posição de busca. Ao perceber que não é o falo, ela se pergunta imediatamente o que é, mas, na verdade, não encontra resposta para esse enigma. Há que se pensar, a partir daí, como então a his-

térica lida com a situação de não ser e não ter o falo.

Perrier (1979) aponta que o mecanismo pelo qual a histerica tenta se manter inteira, é o de seguir encobrendo a qualquer custo a sua falta, pois assim ela se precavê do perigo da pergunta que a ameaça: "Dilema de ter e da falta com respeito a ser". E assim,

Se identifica com o homem porque necessita participar em seu desejo, para buscar como ele, a mulher em seu mistério. Ao mesmo tempo aliena imaginariamente sua pergunta de mulher em uma mulher distinta dela. (Perrier, 1979, p.165)

Com a observação do caso Dora, podemos vislumbrar esses mecanismos que estamos descrevendo.

Como já vimos anteriormente neste estudo, a análise que Freud inicialmente faz desse caso, em 1899, demonstra que o que ele pensava na época, é que o que estava por trás do romance de Dora e do Sr. K era o amor que Dora possuía pela Srª K e que, por sua vez, estava a serviço do encobrimento do amor por seu pai.

Em 1923, Freud faz um adendo ao relato do caso em questão e formula uma nota, onde afirma ter subestimado o amor homossexual de Dora pela Srª K e, por essa razão, o tratamento não teria chegado ao fim.

Lacan retoma esse relato em 1951 e afirma que Freud deixou escapular algo do que Dora quis dizer: a possibilidade de falar do seu romance familiar. Nesse sentido, poderíamos entender que o grande apego de Dora à Srª K se remete a uma busca identificatória.

Sobre isso, Lacan (1951) afirma: "Quer dizer não a um

indivíduo, mas um mistério de sua própria feminilidade, em outros termos de sua feminilidade corporal" (p.93).

Ainda nesse texto, Lacan retoma a cena na qual Dora esbofeteia o Sr. K, visando exemplificar o seu ponto de vista. Ele dá ênfase às palavras proferidas pelo Sr. K ao tentar convencer Dora de sua importância. Ao escutar do Sr. K que sua mulher não representava nada para ele, Dora se viu ofendida e, conseqüentemente, agrediu o Sr. K.

O depoimento do Sr. K parece ter rompido com a identificação histérica de Dora. Isto ocorreu porque somente na medida em que o Sr. K apresenta o seu desejo em relação à Srª K é que Dora lhe atribui algum valor, pois só assim será possível se identificar com a posição do Sr. K e, conseqüentemente, tentar descobrir o que os homens vêem numa mulher.

Nesse sentido, Serge André (1986) enuncia:

A histérica "se faz de homem", na medida em que tenta cercar a feminilidade à maneira masculina, elevando-a ao nível mistério escondido no furo do corpo. (p.146)

Na prática, observamos que os relatos das pacientes histéricas apontam para um comportamento muito peculiar: percebe-se que esse tipo de paciente revela uma extrema dedicação para com seu pai. Esse fato pode ser entendido como uma busca identificatória, na medida em que essas mulheres necessitam participar do desejo do homem, a fim de buscar o que é ser mulher. Assim, podemos dizer que essas pacientes se dirigem ao pai, não para lhe pedir um pênis, como toda menina o faz, mas, ao contrário, para que este lhe diga o que é ser mulher, através da

via identificatória. Mas, como geralmente esse pedido fracassa, porque quase sempre esse pai é impotente, a menina vê-se enredada numa segunda tentativa: a de venerar uma mulher, pois acredita que esta tem o que ela não tem.

Situa-se aqui a questão fundamental da histérica, ou seja, podemos dizer que geralmente nesses casos presentifica-se uma procura ou uma busca identificatória numa outra mulher. Essa outra mulher vai ter uma função importante para a histérica, porque ela vai valer não pelo que não tem (perversão), mas sim pelo que supõe-se que ela saiba. Este é o fundamento de toda a relação entre histeria e feminilidade. Essa busca representa, para a histérica, uma tentativa de saber o que quer saber sobre a feminilidade e o que é ser mulher, mas, ao mesmo tempo, não suporta saber, porque assim entraria em contato com a castração. Dessa forma, podemos dizer que o desejo da histérica encontra-se na manutenção do desejo insatisfeito, pois assim consegue manter a ilusão de ser completa, desprezando a falta, devido à impossibilidade de assumir a castração simbólica.

Para entendermos melhor essa questão, se faz necessário recorrer a Lacan, que nos diz que a estrutura do desejo se dá na certeza da inacessibilidade do objeto, significando, portanto, a nostalgia do objeto perdido, ou seja, a presença de uma ausência. Indo um pouco além, diríamos que a histérica, através do desejo insatisfeito, conserva intacta a pergunta básica da diferenciação sexual, usando sempre metáforas da insatisfação do desejo, ligado ao duplo sentido de querer e não poder, e poder e não querer. Assim, pensamos que o desejo in-

satisfeito impede e mascara um questionamento sobre o próprio desejo em si.

Devemos ainda dizer que, para a histérica, não há uma pontuação entre o desejo e a satisfação, visto que ela não se vê enquanto faltosa.

A questão básica da indagação do que é ser mulher, aponta-nos ainda para a impossibilidade da histérica em responder para si mesma o mistério da feminilidade. Porém, essa é uma pergunta cuja resposta ela acredita que outras mulheres têm (é o caso de Dora, que contemplava a figura da Madona e mantinha-se extasiada, adorando esse mistério que a figura guardava).

Nesse sentido, podemos dizer que a identificação histérica se dá pela via da cópia de uma outra mulher, delegando a essa outra o fazer representar-se.

Dentro dessa perspectiva, a histérica segue por caminhos obscuros, oscilando entre a catástrofe e a sedução, e sempre mantendo um enigma aparentemente sem solução.

*Quando Dora se vê interrogar a si mesma sobre —
O que é uma mulher? ela tenta simbolizar o órgão
feminino como tal. Sua identificação com o homem,
portador do pênis, é para ela, nessa ocasião, um
meio de aproximar-se dessa definição que lhe esca-
pa. O pênis lhe serve, literalmente, de instru-
mento imaginário para apreender o que ela não con-
segue simbolizar. (Lacan, 1951, p.203)*

Com tudo isto, o problema da condição da histérica é, no fundo, o de se aceitar como objeto de desejo do homem.

Tal fato ocorre porque, ao entrar em contato com o desejo do homem, inexoravelmente a histérica se depara com sua própria castração. Sendo assim, na tentativa de burlar o en-

contro com essa "fissura", a histérica se coloca, nas suas relações, como sendo o falo para o outro.

Sobre esse aspecto, Rosolato (1974) depõe: "A histérica é o falo para o outro, que teria que demonstrar que o tem, mas que não tem até que se assegure plenamente" (p.295).

Mas, como isto ocorre? Na prática, percebemos que este tipo de mulher busca insistentemente uma relação amorosa que seja marcada pela impossibilidade de acesso do amor de um homem por ela, satisfazendo, assim, sua própria demanda.

Nesse sentido, podemos dizer que a histérica mantém um desejo que não pode, sob nenhuma hipótese, ser satisfeito. Isto ocorre porque, inconformada por não obter um signo que assegure a sua feminilidade, esse tipo de mulher recusa a identificar-se como objeto de gozo do outro. No dia-a-dia, percebemos que essas mulheres sentem enorme prazer em suscitar o desejo masculino, mas se furtam, sob qualquer pretexto, à sua satisfação.

Assim, Serge André (1986) explicita: "Ela é aquilo que falta à relação sexual... daí o seu anseio de se fazer reconhecer, ao invés de satisfazer o desejo" (p.119).

Dessa forma, prossegue a histérica no seu destino, onde, ao se fazer inteira, ela se precavê da questão que a atormenta e da qual não tem resposta, ou seja, a questão da diferença sexual. Ao se fixar no problema de ser ou não ser o falo, ela se aliena em relação à questão de ter ou não ter o falo; questão essa que se torna inevitável quando se pretende trilhar o caminho da feminilidade "normal".

No que tange à relação da histérica com a figura ma-

terna, percebemos, de certa forma, que quase sempre essa mãe não pode revelar o mistério da feminilidade e do desejo, porque também se encontra descontente com sua incompletude. É o que poderíamos chamar de uma mãe fálica.

Dentro do processo "normal" do desenvolvimento da feminilidade, quando a menina descobre que a mãe não tem, e que ela mesma também não tem e, portanto, não pode satisfazer o desejo da mãe, ela se volta para o pai. Mas ela descobre que a mãe dissimula sua carência, e aos olhos do pai parece ter. Na verdade, isso só é possível na medida em que a mãe primeiro renuncia a ser o falo, para parecer, parecer o que não é, e não tem. Se trata, pois, de parecer, mesmo sabendo que não é. Sendo assim, se a mulher vai buscar no homem o pênis, enquanto fetiche do falo, e através dele um filho, deve antes aceitar que ela não o é, não o tem, mas ao mesmo tempo, para ser desejada, necessita parecer que tem.

O que teríamos, no caso da histérica, é a seguinte situação: há uma tentativa imaginária de manter-se identificada com o falo da mãe, na medida em que ela se coloca no lugar de ser o falo para o outro.

É dentro dessa dinâmica que se inscrevem os caminhos sinuosos por onde segue a histérica, se interrogando sobre o seu dilema crucial...

Nesse sentido, com o intuito de ilustrar um desses caminhos que a histérica percorre, há que se citar um estudo denominado *Algumas Questões sobre a Feminilidade*:

Assim segue o enigma da mulher: aquela que buscava o que não tinha, porque também não era, passará a

se perguntar sobre o que tem, porque aqui ela já sabe algo diferente — e não mais apenas de ausentes — com relação ao homem, algo invisível e que ela percebe apenas enquanto refletido na manifestação do desejo do homem. (Fuks e Leite, 1986, p.39)

Finalmente, podemos dizer que a histérica traça para si um destino singular que aponta para a evitação do lugar do feminino. Mas, ao negar esta posição da qual ela foge desesperadamente, posição essa que se consistiria num vislumbre de uma resposta para sua questão, assim como Édipo, ela tenta fugir da realização da tragédia, mas se depara exatamente com uma pergunta crucial, questão de todas as mulheres: o que é ser mulher?

1.4 — Da relação Freud-mulher à questão do feminino

É sabido que a Psicanálise se iniciou com os estudos preliminares da histeria e, de alguma forma, podemos dizer que o saber psicanalítico é consequência de nosso conhecimento sobre essa estrutura propriamente dita.

Sendo assim, não seria exagero dizer que a histérica fez a Psicanálise falar, já que se constituiu num significante inaugural de tal processo.

Se percorrermos a própria história da Psicanálise, iremos nos deparar com uma analogia entre o percurso da obra psicanalítica e a constituição da feminilidade. Parece claro que, sendo a falta inerente à constituição feminina, a mulher pre-

cise recorrer a um outro, que lhe sirva de sustentação.

Entretanto, essa necessidade de sustentação de um outro masculino, que funcione como organizador, parece não se dar somente a nível da constituição psíquica da mulher. O próprio saber sobre a feminilidade só encontra respaldo a partir de um outro - Freud - que serve de sustentação para a formulação de enunciados sobre o enigma da constituição feminina.

Dentro da obra freudiana, encontramos um exemplo muito particular, que demonstra o quanto a Psicanálise se aproxima do próprio caminho da feminilidade.

Percebemos que, no início de sua obra, Freud designa à histérica um lugar específico. Em 1905, escreve o texto *Fragmentos da Análise de um Caso de Histeria*.

Nesse texto, conhecido como caso Dora, fica patente o quanto Freud assume uma postura dominadora, talvez fazendo desta moça seu "falo" e se denominando como seu possuidor.

Entretanto, a partir da análise desse caso, abre-se a possibilidade de discussão da questão do feminino, ainda que, nesse momento específico, Freud postule erroneamente, como hipótese, o desenvolvimento sexual simétrico em meninos e meninas.

Tal argumentação, entretanto, emerge para Freud como a possibilidade de nomear algo, até então não inscrito, ou seja, enunciar algum saber sobre a sexualidade feminina.

Dessa forma, é nessa metáfora privilegiada do inconsciente, território não resgatado, que Freud tenta inscrever seu nome. Entretanto, esse desejo de Freud, de conceber a mulher como sujeito de seu desejo, revela um impasse na Psicanálise.

A dimensão da feminilidade encontra, na experiência analítica, a trajetória de um desafio, exatamente porque é aí que, de forma mais precisa, a tarefa da Psicanálise se exacerba.

Sendo assim, surgem algumas questões: é preciso indagar se a sexualidade feminina não caminha pela mesma direção do processo analítico, ou seja, resiste à revelação de "um segredo" exatamente porque, de alguma forma, "sabe" que, se não inaugurar uma resistência, terá o seu desejo de conquista pouco considerado.

Ao depararmos-nos com vários discursos freudianos, fica patente a dificuldade de se falar sobre a questão do feminino.

Nesse sentido, vale a pena questionarmos por que, exatamente, um "não saber" recai sobre a mulher, ou ainda, por que a Psicanálise, que se propõe a dizer algo sobre tudo, não dá conta desse saber feminino? Será que a falta de produção sobre esse saber, ou seja, o desconhecimento da mulher no inconsciente, advém do próprio caráter feminino – de ausência, de vazio? É por isso que a mulher escapa a Freud?

Tudo isso nos leva a pensar que a questão do feminino se inscreve na ordem do particular, selado na experiência analítica. Portanto, há sempre uma dificuldade em se falar da "mulher", enquanto algo da ordem do significante. Podemos perceber que essa dificuldade se presentifica na própria obra freudiana.

Surge, aqui, uma outra questão, isto é, uma vez que a Psicanálise não se faz de acasos, por que é tão difícil falar do feminino? Freud bem que tentou. Tentou fundamentar objeti-

vamente a estranheza de um saber não sabido que nos habita; tentou enunciar algo sobre esse ã parte, morada esquecida; esse enigma da feminilidade.

É preciso pensar no quanto a própria Psicanálise emergiu, nos seus primórdios, na busca incessante de uma confissão que pudesse revelar o encontro primeiro: tratava-se da questão da nossa origem; as precipitações de nossas experiências mais originárias, tocando o laço materno, ou seja, a experiência mítica outrora experimentada, e que se desvendaria sob o real efetivamente vivido pela criança, se constituindo numa chave do segredo que possibilitaria o entendimento da mulher. Tratava-se, portanto, nessa época, apenas de fazer a paciente lembrar.

Entretanto, só quando Freud desiste dessa ambição, só assim ele percebe, através do reconhecimento do fantasma, que não há significantes inscritos dessa experiência mítica e passa, então, a rever a possibilidade de acesso a essa primeira cena.

A partir daí, ele começa a questionar o eterno feminino que sempre escapole ã investigação, visto que apresenta-se como um véu, onde alguns se aventuram a especular misticamente, constituindo-se, apenas, numa solução manca, que não dá conta do mistério da feminilidade. Freud mesmo por aí se enveredou, na medida em que relegou ã histérica, nos seus primórdios, um saber pelo qual era seduzido, no sentido de suscitar uma revelação por parte dela. Mas não podemos esquecer que, nesse momento, ele falava apenas do seu próprio desejo.

Entretanto, foi com a paciente Emmy Von N, que se sen-

tiu pressionada pela demanda de Freud, que se pôde denominar o lugar do analista. Ensinando-o a se calar, Emmy apontou para o desejo intrínseco.

Mais tarde, o desejo de Freud de ordenar o percurso feminino o inclina inicialmente a postular um desenvolvimento simétrico entre meninas e meninos.

Essa insatisfação analógica se manifesta lentamente, a partir do caso Dora, onde percebe-se nitidamente a crescente preocupação com o feminino.

Com Dora, Freud parece tentar "modelar" o seu ego, com vistas a ensinã-la a ser mulher, ainda no sentido por ele determinado: "a menina é para o menino".

Devemos levar em consideração, entretanto, que por causa da transferência Freud desconhece o desejo de Dora, voltando-se para um suposto amor pelo Sr. K. Tal fato ocorre porque Freud ainda não distingue o objeto de amor do objeto de identificação, ignorando a solicitação de Dora-mulher ao homem, desconsiderando, portanto, que o que Dora pede ao Sr. K é o seu desejo, ou seja, a Srª K. Sendo assim, podemos dizer que Dora ama o desejo do Sr. K (a Srª K), e não a sua pessoa. Isso nos leva a pensar que o problema de Dora, como o de toda mulher, é, no fundo, o de se aceitar como objeto de desejo do homem. Ora, não seria essa dificuldade, que constitui para Dora o mistério, que a leva a idolatrar a Srª K? Talvez o que Dora deseje é a mulher, no sentido da detentora do mistério de sua própria sexualidade, procurando resposta para uma pergunta básica identificatória: O que é ser mulher?

Há que se repensar o porquê da leitura de Freud ter,

de certa forma, desviado o objeto de desejo de Dora, da Srª K. Não estaria aqui, exatamente, o desejo do próprio Freud de ensinar Dora a ser mulher, ou seja, desejo de responder a essa pergunta enigma do feminino, que ela na Srª K busca? Não estaria ele falando desse lugar "mestre-saber", tentando modelar o que é ser mulher? Nesse sentido, é imprescindível pensar que só lhe resta a histeria para salvar a sexualidade de um total desaparecimento. E é por aí, por uma relação com uma mulher, que a Psicanálise se encaminha, fazendo da queixa histórica algo consistente para desnudar a realidade do inconsciente.

Certamente, depois, em vários textos, Freud atesta que a grande pergunta para a qual não encontra resposta no estudo da alma feminina, é sobre o que quer uma mulher.

A partir daí, se engendra um caminho, ou seja, a busca de um significante para a mulher.

Com o estudo *Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos* (1924), fica claro que se estabelece um novo rumo para a questão do feminino. Não se trata mais de saber o que quer uma mulher; a questão básica da Psicanálise é agora: por que uma mulher deve se tornar uma mulher?

Aqui, se insere a dissimetria entre o menino e a menina, no que tange à resolução edípica e à castração, como um momento específico do ser humano, a lhe determinar a sexualidade do ser.

Nesse sentido, é sabido que a primeira identificação aponta para a imagem do corpo da criança como falo, ou seja, como objeto de desejo da mãe, onde o terceiro é ainda excluído.

Posteriormente, a mãe se mostra enquanto castrada, introduzindo o desejo dela e recusando, assim, a sustentação onipotente dessa falicidade. A partir daí, a criança fica destituída da posição fálica original, e tanto o menino quanto a menina vão deixar de ser o falo para a mãe, procurando uma resolução identificatória de caminhos diversos.

A anatomia do homem, por exemplo, vai favorecer, após o enfrentamento do "não" da mãe, a utilização do recurso ilusório do próprio corpo, através da representação do falo no pênis. O homem, dessa forma, encontra um significante: o único existente e conhecido. Portanto, só quando ele recusa a mãe e abre mão de sua posição passiva, se assume como "peniano", no seu papel de homem perante as mulheres.

Já a menina, quando confrontada com o "não" da mãe sente-se desprovida, pois, ao contrário do menino, ela não tem ao que recorrer no próprio corpo, ou seja, não tem no real um suporte fálico. Mas é exatamente pela primazia do falo, e não pelo seu corpo real, enquanto presença ou ausência de pênis, que a menina entra na posição fálica masculina, mantendo-se na direção da busca do que não tem.

Nesse sentido, é fundamental nos depararmos com uma questão, ou seja, devemos nos indagar por que a menina, mesmo sabendo que é privada do falo, busca-o? Por quais caminhos passa essa busca do ver, saber que não tem e desejar tê-lo? É importante discutir um pouco essa questão, na tentativa de entender por qual processo a menina passa; se ela forclui ou recusa a idéia de não ter um pênis. O que se pode concluir é que, embora alguns autores coloquem como uma forclusão (eu sei que

não tenho, mas imagino um pênis), que desencadeia uma posição alucinatória, talvez ocorra, na verdade, um percurso perverso, onde ela sabe, mas mesmo assim espera que alguém lhe dê um pênis. Portanto, ela recusa não ter, para poder ser para o homem. É o que mais tarde vai ser simbolizado numa equivalência: desiste do pênis, mas quer um bebê. Só assim a menina sai desse caminho e pode ser mulher.

Após a ida ao pai e a interdição, a menina assume agora a condição de ser falo para um outro homem.

Talvez essas postulações nos ajudem a compreender a origem do não-saber sobre o feminino. Fica, na verdade, um não-saber sobre seu sexo, ou seja, na medida em que representa a própria falta, onde nada se vê do que está escondido, a mulher não encontra o uso simbólico possível. Isso nos permite compreender, inclusive, porque para Lacan a mulher não existe, na medida em que não corresponde ao único sexo inscrito: um sexo fálico. É preciso pensar que esse desconhecimento, que permeia o sexo feminino enquanto caracterizado por esse buraco, acarretando numa amputação de todo e qualquer traço de simbolização, leva a mulher a se ignorar enquanto tal. Ora, eis aqui o cerne da questão, ou seja, como pode Freud falar de algo que, pela própria natureza, não é representado?

Essa postura fica clara na Conferência XXXIII (1933), quando Freud, no final do texto, afirma que era "aquilo" tudo que ele tinha para enunciar sobre a feminilidade, acrescentando ainda que, se desejamos saber mais, deveríamos indagar a nossa própria experiência, ou ainda os poetas.

Fica, pois, o quanto é difícil falar desse saber cons-

trangido, onde, segundo suas colocações, nos "torturamos o espírito para descobrir a chave que convém" (Freud, ESB, Vol.XXII, 1974, p.164). Paralelamente, isso nos sugere que Freud supunha que, por mais difícil que fosse encontrar, existia uma chave para esse enigma. Chave essa que ele nomeia em poder dos poetas, ou ainda, dos artistas.

Talvez aqui se represente um impasse. Impasse esse que, no texto *Análise Terminável e Interminável* (1938), Freud nos chama a atenção, quando alude ao processo analítico como sendo um ponto de resistência irreduzível. É preciso pensar se podemos nomear esse impasse como sendo o complexo de castração. Castração comportando um real sem inscrição na linguagem, um resto impossível de simbolizar.

Será que é disso que Freud nos fala na Conferência XXXIII, como "uma verdade paralisada no saber psicanalítico"?

Seria esse resto, de um lado, a inveja do pênis inscrita na mulher e, de outro, a passividade persistindo no homem? Será isso que fica a refletir o temor de homens e mulheres de estarem numa posição passiva, se recusando sempre a "ser um", entendido como objeto do desejo do outro? É isso que permeia atualmente os discursos dos relacionamentos amorosos? Será que não é exatamente essa recusa do feminino que se constituiria no grande mistério da sexualidade? Esse mistério não seria em si o da indiferenciação sexual inconsciente?

Fica que, se a estrutura inconsciente da indiferenciação sexual não pode se sustentar, ela tenta se resolver pela recusa do feminino, já que este é o lugar da angústia e da indistinção...

Aí volta-se a ter o suporte identificatório original, vivendo relações fetichizadas, onde se faz do outro o falo, e de onde ninguém escapa. Aliás, é preciso se indagar se não é isso que se busca numa análise, ou seja, se não se trata de fazer emergir o momento em que o sujeito começa a formular a questão sobre seu sexo, independentemente da configuração anatômica que porta. Não seria essa a pergunta que o paciente faz ao analista: "Qual o meu sexo?"

Parece que está suficientemente claro que a recusa do feminino e suas representações inconscientes se enunciam num enigma analítico que, talvez por ser mesmo da ordem do não representado, não pode ser alcançado.

Como Freud mesmo propôs, não é possível apreender o feminino, inversamente pode-se apenas conjugá-lo na voz passiva.

Ao nos reportarmos ao caso Dora, devemos observar o quanto que é sempre uma mulher que vai marcar a trajetória da sexualidade, ou seja, é sempre alguém que é em si a mensageira, que vai dizer algo do que não dá conta, isto é, dizer para um outro o que é ser mulher. E a menina estará sempre nessa direção de espera, espera de um significante do outro, para se constituir enquanto pessoa. Mas é claro que, como vimos, a mãe não dá conta de responder a essa questão, exatamente porque seu olhar aponta para um homem, ou seja, para um desejo daquilo que lhe falta, dependendo, por isso, desse homem para dizer o que é feminino. Na verdade, só um homem pode dizer o que é feminino, ou melhor, só o desejo de um homem pode ser organizador da feminilidade. É disso que Dora falava... Talvez tenha sido por essa razão que a Psicanálise emergiu a partir de Freud...

"... Oh, mãe, me explica, me ensina,
Me diz
O que é ser menina?
Não é no cabelo, no gesto, no olhar
É ser menina em todo lugar...
Oh, mãe, então me ilumina,
Me diz
Como é que termina?
Termina na hora de começar..."

Música de Joyce

CAPÍTULO 2

MATERNIDADE: UM DESTINO POSSÍVEL?

2.1 — A função simbólica feminina e a maternidade

O que se pretende com este estudo é analisar a possibilidade de uma mulher tornar-se mãe, a partir da investigação dos caminhos que a menina percorre até alcançar a sua feminilidade.

Para que encontremos êxito na consecução de tal proposta, faz-se necessário recorrer à obra freudiana, visando analisar como se processa a constituição da feminilidade da mulher, que futuramente será mãe.

A mãe, desde o início da vida do bebê, se vê envolvida com determinadas tarefas específicas, como a de higiene e limpeza da criança. Sabemos, no entanto, que tais funções estão longe de ter apenas uma função concreta, visto que esses atos produzem determinadas estimulações no corpo do bebê. Dessa forma, podemos dizer que a mãe é considerada como uma figura erogenizadora que propicia a constituição e unificação do corpo do bebê e das identificações primárias.

Se observarmos na prática um bebê e sua mãe, iremos facilmente perceber que o bebê é tudo para a mãe; e a mãe é a toda-poderosa que supre as necessidades de dependência mate-

rial, de alimentação e cuidados, interpretando qualquer demanda da criança e instalando símbolos e significados para seus atos, como por exemplo seu choro. Nessa fase a mãe é, então, percebida como absoluta, ou seja, fálica.

Portanto, não seria errôneo afirmar que, no começo de sua vida, a menina segue esse mesmo destino, e também constitui seu corpo imaginariamente como falo, segundo o desejo da mãe. A menina entrega, então, seu corpo real como objeto imaginário, isto é, como se fosse o falo, que simboliza o que falta à mãe no real, ou seja, o pênis.

Mas, devemos ressaltar que esse corpo do bebê, no início, se apresenta como um corpo "esfacelado" e que tal criança ainda está longe de ser um sujeito, dentro da concepção psicanalítica. Digamos que essa menina é apenas um bebê biológico do sexo feminino.

Para entendermos tal colocação, devemos retornar ao texto *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*, de 1914, onde Freud postula que, no início da vida, predominam as pulsões parciais e desordenadas, sobre as quais a mãe, a partir do seu desejo, vai delinear um lugar para o seu bebê, permitindo assim que ele alcance uma unidade corporal.

Essa operação da mãe, de erogenização, consiste em "costurar" as pulsões do bebê, associando-as a determinados objetos, transformando, assim, um corpo biológico em erógeno, resultando na emergência de um sujeito psíquico.

Sobre esse cenário, que cerca a existência de um sujeito, podemos dizer que constitui o cerne da identificação primária.

Entretanto, devemos ressaltar que tal fase só se faz possível a partir do registro do desejo da mãe, que imprime uma marca, um determinado significado ao corpo imaturo e desordenado do bebê.

Assim, estrutura-se o narcisismo e a criança identifica-se com a imagem projetada pela mãe, se conformando em encarnar o lugar do falo para satisfazer essa mãe.

Há que se pensar, no entanto, que essa pessoa que encarna a função materna traz consigo a sua matriz identificatória, isto é, está, de certa forma, subordinada à equação que fez em relação às suas representações do que é esse bebê para ela. É exatamente por essa razão que não há como escapar do registro simbólico que determina a mãe em questão.

Ainda com referência a essa época de ligação com a mãe, Freud nota que, nas meninas, essa fase é muito rica e duradoura, e proporciona inúmeras oportunidades para fixações. O que posteriormente se encontra na relação com o pai foi, subsequentemente, transferido do vínculo inicial. Por isso, Freud (1933) afirma que para um melhor entendimento das mulheres é necessário que se valorize a fase pré-edipiana.

De fato, como já foi dito anteriormente, a fase pré-edípica tem, na vida das meninas, uma importância tão grande que algumas mulheres ficam detidas em sua ligação original com a mãe e nunca alcançam uma mudança em direção aos homens. Freud deixa claro que essa mudança somente se faz possível a partir do complexo de castração, o que possibilitaria o rompimento desse poderoso elo da criança com a mãe, permitindo, assim, que a mesma cumpra o destino habitual do caminho para a feminilidade.

Tal postulado nos sugere que o estado de fascinação recíproca, esse estado de nirvana que ao mesmo tempo inaugura a imago do bebê, só é rompido quando a mãe se mostra enquanto castrada, introduzindo o seu desejo e recusando, assim, a sustentação onipotente dessa falicidade.

Podemos dizer que a castração seria o processo pelo qual a criança se desprende do desejo da mãe. O pai aparece, então, como razão do desejo da mãe; aquele que, ao se relacionar com a mãe, marca sua separação da criança. A menina deve tomar, agora, não mais a mãe fálica. Trata-se de perceber que o olhar de sua mãe aponta para um outro: um homem. A partir disso tudo, o pai passa a ser visto como rival, ferindo essa criança narcisicamente e provocando sentimentos de agressividade na menina, que se rebela na tentativa de evitar a separação da mãe. Podemos dizer que a função do pai é intervir como aquele que priva a criança da mãe. Em suma, o pai é esperado neste lugar da interdição, fazendo com que a criança vivencie que não é tudo para sua mãe. Depois, para a menina, o pai será o preferido, já que ele tem algo que a mãe não tem. Portanto, podemos supor que é na direção do pai que a menina se encaminhará. Mas, para que tal fato aconteça, a palavra e o poder do pai não devem ser destituídos pela mãe, ou seja, esta deve assegurar o emblema fálico desse pai.

Se pensamos o inconsciente enquanto o efeito do discurso do Outro, fica claro que o pai deve figurar como lugar de desejo da mãe, pois só assim poderá aparecer no discurso da menina. Portanto, para que a menina encontre o atributo fálico do pai, é preciso que, reconhecidamente, o desejo materno

seja seu portador.

A criança procura, então, orientar-se na palavra da mãe, sobre a questão do seu desejo. O que ela quer, além do que ela diz? Além da palavra, a mãe significa, com seu desejo, a própria falta. Mas, na tentativa de responder aos enigmas da castração, a menina se depara com a necessidade de enfrentar que o olhar da sua mãe aponta para um outro, ou seja, o pai. Diante dessa situação, ela oscila entre manter a mãe-toda-poderosa numa posição fálica, ou se voltar para onde se dirige o olhar da mãe, quando esta, então, buscaria o falo no homem que a possuiria. Nesse contexto, a menina se vê diante de um dilema: por um lado, quer ser única para a mãe, por outro, quer ser dona do seu desejo.

A menina só consegue sair desse conflito se percebe, na mãe, a atuação da lei do pai, ou seja, se busca o falo no lugar que ele ocupa no registro materno.

Só a partir daí a menina pode, de certa forma, entender que a demanda de amor à mãe é impossível de ser satisfeita, porque, na verdade, se ela está na direção do desejo, é porque algo não tem. Só assim abre-se a possibilidade da menina perceber a mãe enquanto mulher, ou seja, castrada.

Todo esse drama que a menina vive implica numa ferida narcísica: a menina terá que abandonar a mãe absoluta, para ficar com as marcas dessa ruptura.

Freud, em 1924, diz que a menina, como efeito desse olhar sobre a castração, separa-se da mãe pela decepção, pois crê que esta é responsável por ela ter vindo ao mundo de forma desprovida do pênis. Para ele, esse processo é desencadeador

do Édipo na menina. A menina terá, então, que vencer esse complexo materno para entrar na posição feminina.

Portanto, a partir dessa decepção com a mãe e posterior "virada" em direção ao pai, a menina entra no Édipo propriamente dito, desejando receber do pai algo que lhe foi negado pela mãe. E esse desejo se expressa no desejo de receber do pai um filho, sob a forma simbólica do pênis.

Portanto, a questão privilegiada na teoria freudiana, a equivalência pênis-bebê, pode ser considerada o centro da constelação sexual materna. No próprio texto de 1932, *A Feminilidade*, Freud afirma que, para a mulher, um filho é um equivalente do pênis, mas não de um pênis qualquer. Trata-se do "mesmo que, outrora, em sua primeira infância, ela teria gostado de ter" (Freud, ESB, 1974, Vol. XXII, p.163).

É importante ressaltar, no entanto, que a menina, ao desejar o pênis, não o quer como objeto, mas como um atributo ou prova do carinho dos pais. Deseja-o, portanto, como falo, esse objeto da experiência mítica primeira, na relação especular com a mãe, onde a criança percebe no olhar do outro a satisfação de ser o objeto de desejo dessa mãe.

Assim, o valor libidinal para com esse filho é revestido do "mesmo valor libidinal que outrora possuiu o anseio feminino do pênis" (Freud, ESB, 1974, Vol. XXII, p.158).

Através do deslizamento dessa equação, observamos que o bebê poderá ser o equivalente do falo.

A possibilidade da maternidade surge como uma saída frente ao desejo de ter o falo, ou seja, como uma possível alternativa para a questão da castração. Freud, já em 1917, pos-

tulava: "é como se tais mulheres houvessem compreendido que a natureza dá bebês às mulheres como substitutos para o pênis que lhes negou" (ESB, Vol. XVII, p.161).

Na verdade, o que Freud aponta nesse texto é que a mulher substitui a inveja do pênis pelo desejo de um filho para perpetuar o nome do pai. Mas, tal caminho só assim se inaugura se, para sua mãe, houve a oportunidade de ter também o pai registrado no código do desejo materno, e também no homem onde ela foi buscar o falo.

Encontra-se aqui presentificado o aspecto crucial para o que se pretende estudar: parece que o tornar-se mãe está, de certa forma, marcado pela relação com a constituição da feminilidade da mãe dessa mulher, levando-se em consideração o lugar que o falo ocupa nesse discurso materno. Sem tais nuances, não há como poder ser mãe...

A menina, fiando-se na identificação materna, toma como significado da realização feminina o desejo de ser mãe. Nesse sentido, Serge André (1986) afirma: "o tornar-se mulher se confunde aqui com o tornar-se mãe" (p.178).

Essa premissa de que o desejo de um filho constitui um significante da identidade feminina é endossada pela prática clínica.

É certo que a maternidade emerge a partir de uma saída edípica, onde, no caminho da assunção da feminilidade, a menina toma o pai como objeto. Mas só quando se coloca na falta, só aí, a menina pode demandar a um outro, o pai, algo; ou seja, um filho em substituição ao pênis. Portanto, o desejo de ter um filho, significante do falo, mantém a menina na di-

reção do gozo fálico que advém da possibilidade da maternidade. Assim, só diante da assunção da própria castração é que a mulher pode desejar um filho enquanto equivalente do falo, ao qual outrora teve que renunciar para se constituir enquanto sujeito. Só quando a menina renuncia a ser o falo para a mãe, com a presença do terceiro, o pai, é que pode voltar-se na direção de uma esperança. Esperança de, após ter trilhado o Édipo, almejar para si a maternidade.

Sendo assim, podemos afirmar que, para a mulher atingir a maternidade, deve ultrapassar várias situações, a saber: a vivência da primeira relação com sua mãe, a troca de objeto amoroso da mãe para o pai e, conseqüentemente, a escolha do último dos três caminhos possíveis para a saída da situação edípica, ou seja, a assunção da feminilidade.

Somente quando a menina se sente frustrada na tentativa de receber do pai um filho, quando ela atravessa o Édipo, só assim, se abre uma possibilidade para a mulher trilhar a passagem da atividade fálica e ir ao encontro da passividade, o que constitui a essência de todo o seu caminho para a feminilidade. Só a partir disso tudo uma mulher pode desejar um homem, que a colocará no lugar de objeto de seu desejo. Assim, abre-se para a mulher a possibilidade de resolver seus enigmas: O que ela é? O que ela tem? O que pode ter?... Talvez um bebê...

Portanto, a mulher só trilha o verdadeiro caminho da feminilidade quando vivencia uma outra possibilidade da equivalência fálica, ou seja, a de ser desejada.

Dessa maneira, a mulher prossegue o seu destino, des-

coabrindo, através do brilho do olhar do homem, que, exatamente por não ter algo, pode ser a causa do desejo, convertendo, como afirma Perrier (1979), o seu corpo "em templo do desejo do outro para celebrações nas quais ela encontrará sua felicidade, por não saber mais quem é ela naquilo que não tem" (p.168). Só assim pode-se dizer que a mulher atinge a sua identidade feminina...

2.2 — A maternidade: outras possibilidades teóricas

Parece que há uma tendência em se desvincular a sexualidade da maternidade. Sabemos, na prática, que é difícil para a mulher trilhar esse caminho e desempenhar esses papéis de forma integrada.

Nesse sentido, Maria Tereza Maldonado (1985) alude à figura de Eva, chamando-nos especial atenção para o fato de que sua imagem é constantemente associada à questão sexual e, portanto, ao pecado. Apesar de Eva ter sido não só a primeira mulher, mas também a primeira mãe, dificilmente surgem referências a ela como um símbolo da maternidade. Na verdade, percebe-se que Eva encontra-se consonante com tudo o que é da ordem do erótico e, portanto, tem sua imagem apenas associada à expulsão do paraíso, como uma forma de punição. Em contrapartida, a imagem da maternidade é encarnada pela figura da Virgem Maria, mãe casta e humilde, que personifica a santidade, visto que apresenta-se inteiramente desvinculada da sexualidade.

Na abordagem psicanalítica, encontramos a possibilidade de integrar a questão da sexualidade à maternidade. Nesse sentido, Freud postula que, para que uma mulher possa ser mãe, se faz necessário pensar não só no comprometimento do corpo anatômico da mulher, mas também é preciso levar em consideração a articulação desse corpo físico com o corpo erógeno, mediados por uma relação com o desejo.

Como já vimos, para Freud, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê.

É a partir do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai, e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino. E se esse desejo se concretiza na realidade, sua felicidade é grande, e mais especialmente se o bebê é um menino que traz consigo o pênis tão desejado. (Freud, ESB, 1974, Vol. XXII, p. 158)

No texto *A Feminilidade*, Freud afirma que a menina apresenta dois desejos: de um lado, o desejo de receber da mãe um filho, e, de outro, o desejo de ter, ela própria, um bebê. Ressalta-se que ambos os desejos se referem à fase fálica. Assim, a menina pagaria a dívida de ter ganho a vida, dando um filho para a mãe.

Freud alude a essa situação em seu texto *Um Tipo Especial de Escolha de Objeto*, onde coloca que a criança, ao tomar ciência de que deve sua vida aos pais, desenvolve o desejo de retribuição pela ternura que lhe é impetrada. Sendo assim, essa menina, mais tarde, deverá compensar a mãe, oferecendo-lhe um filho que encarna toda a sua gratidão.

Esse fato pode ser observado na clínica, no atendi-

mento de pacientes jovens-grávidas. Notamos que esse tipo de paciente geralmente valoriza a sua condição de ser mãe, visto que, muitas vezes, tal condição permite que elas assumam um outro lugar no contexto familiar, passando a ser encaradas, não mais como meninas, e sim como mães. Além disso, podemos perceber a intensa ligação que essas adolescentes mantêm com suas progenitoras, o que parece confirmar que esse filho pode estar no lugar de um presente a ser dado às suas mães.

Serge André (1986), no livro *O Que Quer uma Mulher?*, coloca que a filha responsabiliza a mãe por sua falta de pênis e assim, sem um órgão genital como o do menino, ela se sente sem o signo da sua identidade sexual. Essa falta de identidade vai deixar como uma via possível a identificação feminina, ou seja, a identificação com a mãe. Mas a maternidade não se restringe à feminilidade e, de resto, a identificação com a mãe é muito ambivalente. Decepcionada com a mãe, a menina se volta para o pai; e o desejo do filho vem tomar o lugar do desejo do pênis. Desejando um filho, no entanto, ela não renuncia ao pênis, simplesmente busca um equivalente para ele.

Na gravidez, a criança ocupa a posição daquilo que vem encobrir a falta. Dessa forma, a gestação leva a mãe a vivenciar sentimentos de plenitude e satisfação. Com o parto, a criança não é ainda posta no mundo enquanto sujeito. É comum, nesse momento, surgirem conflitos advindos da discrepância entre a função que o bebê ocupava na fantasia da mãe durante a gravidez e a sua existência real.

Partindo da observação da prática clínica, Serge André (1986) ressalta que o momento da maternidade geralmente vem

associado a uma certa depressão. Nota-se que esse sentimento de depressão é conseqüente do enfrentamento que a mãe deve realizar da realidade que se antepõe para ela, isto é, é preciso que esta mãe elabore sua fantasia em relação ao bebê e enfrente a realidade que se coloca.

Piera Aulagnier (1979) fala que a relação mãe-filho começa antes do nascimento. Ela cita Lagache, que também já havia atentado para esse fato, evidenciando o momento da fecundação como ponto de partida da relação mãe-bebê.

Afirma, ainda, que qualquer mãe fala da sua gravidez, e geralmente esse fato está relacionado com o início de uma relação imaginária que a mãe mantém com o seu bebê. Sabemos que, nesse momento, a mãe não representa a criança como ela é na realidade, ou seja, um embrião. Para a mãe, a criança possui um corpo completo, unificado, imaginado, dotado de uma série de qualidades. É sobre essa imagem que a mãe vai inclinar o seu investimento libidinal. Nesse sentido, podemos dizer que a pregnância dessa imagem é tão forte que, mesmo nos primeiros dias de vida, tende a superpor-se à criança. Não é fato incomum observarmos que a mãe se apresenta, no início, cega ao que a criança é na realidade. Nos primeiros contatos, quando observa o seu bebê, a mãe descobre algumas semelhanças de traços, algumas características que fazem parte do seu imaginário e que, conseqüentemente, são depositadas na criança. Então, embora possamos dizer que, no nível biológico, o desenvolvimento é um processo lento, que transforma o embrião num ser humano, no plano da relação de objeto, desde o início, a mãe já representa esse embrião a partir de suas próprias expectativas e fantasias.

Outro aspecto que a referida autora pontua com relação à maternidade, se refere à questão do luto. Nesse sentido, devemos nos reportar ao texto freudiano *O Luto e a Melancolia* (1915), que ressalta o luto como sendo uma maneira que o sujeito encontra para desinvestir sua libido do objeto perdido e, em contrapartida, reinvestir no próprio ego essa energia libidinal que precisa ser recuperada.

No caso específico da maternidade, podemos entender que, num primeiro momento, a mãe mantém seu investimento libidinal preso ao bebê imaginado, numa tentativa de evitar que o parto seja vivenciado como um luto.

Marie Langer (1978) pontua que a mulher grávida apresenta uma regressão parcial. Ela afirma que o estado da gravidez geralmente desperta angústias, principalmente ligadas à relação com a mãe, provocando, assim, nesse período, sentimentos ambivalentes frente à figura materna. Reconhece, ainda, que a mulher grávida apresenta um sentimento de felicidade, apesar de afirmar que não há gravidez isenta de angústia e conflito. Nesse sentido, depõe:

A mulher se sente serena e tranquila identificada com seu ideal de mãe e com seu filho bem protegido por ela. Vive neste estado a união mais íntima que possa existir entre dois seres. Desde que nasceu, pela primeira vez, não está só. (p.208)

Assim como propôs Langer, na clínica observamos que a mulher grávida realmente apresenta uma regressão às fases anteriores do desenvolvimento da libido. Reparamos que essas mulheres, geralmente, apresentam sintomas tais como: náuseas, vômitos e desejos; sintomas esses que estão relacionados a uma

gratificação infantil da fase oral.

Sobre as náuseas que a mulher apresenta nessa etapa da vida, Helene Deutsch (1945) afirma que esse sintoma pode estar a serviço da expressão da própria contradição do desejo dessa mulher de ser mãe. Ainda segundo a autora, a mulher, através do vômito, quer expulsar o feto e reincorporá-lo por intermédio do seu desejo.

O que se pode observar, de maneira geral, é que a possibilidade da maternidade traz consigo a vivência da regressão. Um exemplo característico de tal situação diz respeito ao medo que a gestante tem de evacuar, visto que associa esse fato à possibilidade de realizar um aborto. Talvez por essa razão a constipação seja um sintoma comum, na gravidez.

Um outro aspecto que merece nossa atenção se refere às próprias alterações corporais que a gravidez exige. Ora, é sabido que essas alterações se relacionam também com alterações da sexualidade. Assim, a todo momento, nos deparamos com mulheres grávidas que, ou se apresentam como fecundas e felizes, ou se sentem feias e incapazes de despertar o desejo em relação a si próprias. Ressalta-se, também, que algumas mulheres apresentam temores vivenciados em relação à possibilidade de perder o seu corpo original. Percebe-se que esse medo da deformação com relação ao próprio corpo pode apresentar-se de forma deslocada, como conteúdo onírico de seus sonhos. Assim, os sonhos comuns que a grávida apresenta, de bebês malformados, podem estar associados a esse medo experimentado.

Há que se salientar, no entanto, que às vezes a mulher experimenta conscientemente esse medo de ter um filho de-

ficiente, fato que se relaciona com seus anseios e limites frente à castração.

Constata-se também, nesse período da gravidez, que a mulher apresenta-se com uma sensibilidade bastante exacerbada, ao mesmo tempo em que se depara com uma oscilação de seu humor. Aliado a essas vivências, ainda, emerge o sentimento de angústia. Tal fato se relaciona à necessidade, que é imposta à mãe, do inesperado das situações que é obrigada a viver. Dessa forma, podemos afirmar que nesse momento se presentifica uma grande expectativa frente a uma nova vida desconhecida, o que, conseqüentemente, assusta a futura mãe.

Em parte, podemos justificar tais comportamentos da mulher grávida como representando um esforço ou uma tentativa que essa mulher emite, no sentido de se adaptar a essa nova realidade, que requer, certamente, novas descobertas.

Por um outro lado, a gravidez traz não só sentimentos angustiantes, mas também vivências que se relacionam a determinados ganhos.

Nesse sentido, Lacan (1964), ao se referir ao sentimento da maternidade, postula que, no aleitamento, no aconchego da mãe com a criança, esta recebe e satisfaz ao mesmo tempo o mais primitivo dos desejos. Assim, diz ele:

Somente a imago que imprime no mais profundo do psiquismo o desmame congênito do homem, pode explicar o poder, a riqueza e a duração do sentimento maternal. A realização desta imago na consciência assegura à mulher uma satisfação psíquica privilegiada, ao mesmo tempo que seus efeitos na conduta da mãe preservam a criança do abandono que lhe seria fatal. (p.81)

Ainda no que se refere à possibilidade de conceber a gravidez como sendo um gozo possível que a mulher pode experimentar, vale a pena citar o estudo realizado por Sasson em 1987. Ela observou, em sua pesquisa, que a mulher grávida vive um estado de completude, onde algo se realiza, talvez o desejo de ter um ideal atingido.

Assim, diz ela:

Na escuta do discurso dessas grávidas, entendemos que elas recuperam algo. Essas mães vivem um momento onde há a recuperação do seu narcisismo. É pelo bebê que elas recuperam a falta do fãlus.
(p.88)

Parece ficar claro que a gravidez representa, dentre outras coisas, a possibilidade que a mulher tem de preencher momentaneamente a falta. Portanto, o investimento libidinal que recobre a gravidez é um investimento fálico.

No entanto, há que se atentar para o fato de que o sentimento de completude deve funcionar apenas como uma ilusão, visto que se encararmos a inveja do pênis enquanto estrutural da dinâmica inconsciente feminina, certamente entendemos que a busca do preenchimento da falta não será dada pelo filho. A mulher terá que se reconhecer enquanto "castrada", para novamente buscar preencher essa falta. Aliás, é exatamente esse movimento que a faz criar e procriar continuamente, tentando encontrar saídas para lidar com a castração.

Finalmente, é importante ressaltar o lugar que a maternidade ocupa na vida das mulheres, atentando para a relação que se estabelece com a questão do feminino. Nesse sentido, é preciso repensar se um filho realmente representa a única ex-

pressão possível de acesso à feminilidade.

Sabemos que a mulher pode apresentar várias possibilidades de criar, produzir, e, dentro desse mosaico de experiências, pode, ainda, encontrar a maternidade, como mais uma *gestalt* de criatividade e fertilidade, inscrevendo assim, no seu corpo, o desejo pela vida.

"Sentir que meu útero não funciona é como perder um parente: ou se fica chorando para sempre, com os retratos espalhados pela casa, ou se constrói alguma coisa em cima, depois do luto."

E.

CAPÍTULO 3

INFERTILIDADE: UMA MARCA TRAÇADA?

Visando a atingir o objetivo a que nos propomos inicialmente nesta dissertação, ou seja, analisar a possibilidade da maternidade no que tange à sua relação com a identidade feminina, se faz necessário percorrer não só a literatura específica sobre a sexualidade feminina, como também publicações no que concerne à questão da maternidade.

É preciso, além disso, abordar a dificuldade da mulher em caminhar na direção da maternidade, dificuldade esta, de tornar-se mãe, e que muitas vezes se expressa metaforizada no corpo sob a forma de um sintoma que deflagra um quadro de esterilidade.

Sendo assim, cabe-nos esclarecer que este estudo objetiva tratar a infertilidade como um sintoma que nos aponta para um mito individual e que, por essa razão, nos solicita uma decifração; constituindo-se, portanto, num enigma a ser resolvido.

Como poderemos observar, na análise do caso em questão urge ressaltar que só podemos entender a infertilidade se levarmos em consideração a dinâmica específica de cada paciente. Dessa forma, a nossa tarefa, na análise do caso em pauta, aponta para a necessidade de se reconstruir a história individual da paciente, no que tange ao estudo dos fatores que atua-

ram como desencadeadores do processo de adoecimento.

Vale ressaltar, entretanto, que não é nosso propósito, ao estudar a questão da infertilidade, incluir ou restringir tal conceito a uma problemática causada unicamente pela mulher.

Ora, é sabido que a gestação de uma criança se constitui numa preocupação do casal, mas a prática clínica demonstra que, quando se trata de responder pela dificuldade de procriar, a mulher é colocada em primeiro plano, como se fosse ela a única fonte responsável pela possibilidade ou não da concepção.

Embora se tenha conhecimento de que os problemas geradores da esterilidade podem ser detectados tanto na mulher quanto no homem, ou ainda na combinação de ambos, quando o casal se defronta com esse problema percebe-se que há uma tendência do homem de se isentar de qualquer culpa, enquanto a mulher toma para si a responsabilidade de tal fato.

Esse comportamento é reforçado pela própria rotina do atendimento médico dos Serviços de Infertilidade. Assim, não é incomum nos depararmos com profissionais que têm o hábito de iniciar a anamnese e a investigação de tal patologia pelas mulheres, o que, de certa forma, contribui para que a mulher se sinta realmente responsável pelo problema. Percebemos, na prática, que há, entretanto, por parte das próprias esposas, a preocupação de justificar a omissão do marido no tratamento médico e psicológico, o que se traduz num cuidado em proteger a auto-estima do cônjuge.

Entretanto, tal qual propôs Nogueira de Farias (1971),

é preciso conceber "a esterilidade através de uma visão integrada do processo reprodutivo, entendendo que esse processo envolve inexoravelmente as duas forças, masculina e feminina..." e, ainda, é preciso também "privilegiar o significado do vínculo conjugal estabelecido e suas implicações no impedimento procriativo" (p.6).

Na realidade, a anatomia feminina exige uma pesquisa médica que aponta para uma investigação mais longa do que a masculina. No entanto, no que tange à atuação dos fatores psicológicos da esterilidade, a amplitude do problema não nos permite determinar um limite estreito entre o que é só de um, ou de outro.

Portanto, é preciso esclarecer que o presente estudo pretende focalizar a questão da esterilidade somente na sua relação com a constituição feminina, tendo como proposta realizar uma investigação mais aprofundada dos fatores intrapsíquicos que contribuem para o desenvolvimento de um quadro estéril. Devemos salientar, porém, que a direção de tal dissertação não caminhará de forma a registrar o material analisado como único determinante da condição da esterilidade.

Ao contrário, o presente estudo tem como foco perseguir as razões pelas quais uma mulher não consegue ter acesso à maternidade. Entretanto, há que se esclarecer que essa proposta não se traduz no anúncio de uma distância do entendimento da esterilidade conjugal, mas, inversamente, apenas pretende-se encaminhar a análise da questão na direção de um aprofundamento dos fatores psicodinâmicos que atuam na formação da constituição feminina e que, de alguma forma, também atuam co-

mo agentes desencadeadores de um sintoma que leva a mulher a desenvolver um quadro de infertilidade conjugal.

Nesse sentido, baseando-se em Videla (1984), Nogueira de Farias (1991) nos é esclarecedora quando afirma que "toda esterilidade, esteja ela localizada no corpo do homem e/ou no corpo da mulher, é uma esterilidade conjugal" (p.7).

O próprio conceito de esterilidade está relacionado a situações ou casos em que um casal, após manter relações sexuais regulares durante um ano, sem utilizar métodos anticoncepcionais, não consegue engravidar.

Sobre esse conceito, percebe-se que há uma vasta literatura específica que distingue medicamente a esterilidade em diversas classificações. Assim, alguns autores denominam de esterilidade primária quando, por alguma razão, a mulher, após sucessivas tentativas, nunca conseguiu engravidar. Já quando o casal apresenta prole constituída e, por algum motivo, não consegue engravidar novamente, pode-se dizer que se trata de uma esterilidade secundária.

Ainda no que tange à literatura médica, encontramos o conceito de esterilidade absoluta, que diz respeito a anomalias anatômicas e cirurgias mutiladoras que impedem totalmente a gestação.

No entanto, não há como se falar apenas da infertilidade como uma doença física.

Há que se ressaltar que, embora a literatura específica dessa área se constitua em publicações raras, e na sua maioria de textos médicos, alguns estudos, como os de Deutsch (1945), Langer (1978) e Nogueira de Farias (1991), merecem es-

pecial atenção. As primeiras autoras citadas possuem vários estudos sobre a mulher e a maternidade. O que é comum nessa literatura é a concepção de que a impossibilidade de gerar filhos traz consigo a certeza de que componentes psicológicos merecem destaque na implicação dessa condição. Sendo assim, há que se pensar na etiopatogenia da esterilidade, levando em consideração não só os casos advindos de uma patologia orgânica, mas também, simplesmente, os casos que não apresentam causas aparentes.

O presente estudo não tem o intuito de se reduzir a uma concepção anatômica da infertilidade, por entender que, mesmo nos casos orgânicos, há fatores psíquicos que podem ter atuado para o desencadeamento de tal processo.

Esse pensamento encontra sustentação nas considerações elaboradas por Deutsch (1945) e Langer (1978), que excluem as patologias orgânicas da definição da esterilidade patogênica. Ao contrário, seus estudos denotam que, no campo da infertilidade, há uma profunda relação entre as causas psíquicas e as manifestações orgânicas.

Para justificar tal fato, tomemos como exemplo mulheres que apresentam ciclos anovulatórios. Sabemos que esse quadro pode ser modificado com uma medicação adequada, levando a mulher à gravidez, mas algum tempo depois esta mesma mulher às vezes sofre um aborto espontâneo. Esse caso nos conduz a uma reflexão específica, ou seja, nos leva a pensar que o impedimento da ovulação pode estar se dando por outros fatores, que não o orgânico.

Dessa forma, não nos parece inadequado afirmar que al-

guns mecanismos patogênicos que se manifestam na infertilidade, tais como a inibição da ovulação e a diminuição da capacidade de produzir esperma têm comprovada relação com os fatores emocionais.

Sobre esse fato, Nogueira de Faria (1991) também afirma:

a esterilidade, seja ela manifesta por alterações hormonais ou tubárias, ou mesmo por qualquer transtorno ginecológico funcional, tem como característica marcante o fato de uma ação psíquica provocar uma alteração física constatável. (p.18)

Ainda respaldando essa concepção, encontramos autores como Ricardo Cavalcanti (1988), que, no texto *Aspectos Psicológicos da Esterilidade*, afirma: "não é sem razão que se diz que as trompas funcionam como verdadeiros sismógrafos a detectar terremotos psíquicos da mulher" (p.708).

No texto *The Problem of Infertility*, Miriam Mazor (1968) também afirma que há mulheres que não ovulam quando estão submetidas a situações que lhes causem *stress*.

Visando sustentar essa relação entre os aspectos psicogênicos e os aspectos anatômicos, no que se refere ao desencadeamento da esterilidade, Helene Deutsch (1945) nos chama a atenção para algumas situações em que o sintoma da esterilidade persiste, apesar do sucesso do tratamento médico sobre as alterações hormonais, demonstrando, assim, a estreita relação entre o hormonal e o psíquico. Tal fato demonstra a necessidade de se ter uma abordagem integral quando se fala de esterilidade, levando em consideração os aspectos orgânicos e emocionais.

Sabe-se que o aparelho reprodutor feminino é comandado por vários hormônios que atuam de forma sincronizada, e que são acionados de acordo com a exigência dos fenômenos orgânicos. Essa produção de hormônios sofre, portanto, influências externas como, por exemplo, influências ambientais tais como clima e alimentação, e influências psicológicas. Embora qualquer órgão possa ter sua função alterada por questões emocionais, reparamos que a mulher frequentemente encontra nos órgãos sexuais, que dependem da produção de hormônio, a possibilidade inconsciente de somatizar seus conflitos psíquicos. Assim, além da esterilidade, outros sintomas tais como cólicas menstruais, vaginismo, miomas, dispareunia, têm também na sua etiologia causas psíquicas que estão relacionadas à sexualidade, isto é, ao tornar-se mulher.

É certo que essa concepção de esterilidade, enquanto relacionada aos aspectos psicogênicos, se presentifica ao longo dos séculos. No entanto, reparamos que o entendimento do papel do psiquismo enquanto agente acionador dessa condição é uma conquista relativamente recente. Isto se deve ao fato de que, até o século XVIII, como relata Langer (1978), a esterilidade era encarada sob a ótica da magia e da superstição. Sendo assim, antigamente a maternidade estava a serviço da constituição do clã e, por essa razão, era socialmente encorajada. Já a esterilidade era concebida como um castigo ou maldição dos deuses, sendo, portanto, considerada como algo vergonhoso, que deveria ser escondido.

Há que se perceber que essa vinculação da esterilidade com a punição é até hoje comumente verificada. Não é difí-

cil nos depararmos, na prática clínica, com mulheres que atribuem sua dificuldade de engravidar como sendo uma consequência de sua vida sexual pregressa.

Assim, no trabalho com mulheres inférteis na 28ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro, frequentemente constatamos que a mulher atribui como causa de sua esterilidade uma vida sexual marcada pela promiscuidade, ou ainda, os diversos abortos praticados anteriormente.

Reparamos que nessas mulheres aflora um forte sentimento de culpa, associado à não-concepção. Para elas, ter um filho significa ser premiada por ter apresentado um comportamento valorizado moralmente pela sociedade.

Langer (1978) também afirma que a infertilidade seria experimentada como um castigo de Deus, mas, no entanto, relaciona esse fato com possíveis culpas que essas mulheres contraíram, em decorrência de vivências de situações de hostilidade e de ódio para com sua mãe.

Mas não nos parece que só a culpa justifique um quadro de esterilidade. Deutsch, em 1945, parece tentar enveredar por caminhos que indicam as possíveis causas da esterilidade.

Nesse sentido, as contribuições da autora em questão, bem como as de Langer (1978), apontam para a importância da análise do triângulo amadurecimento sexual, feminilidade e maternidade, para uma maior compreensão dos aspectos que levam à possibilidade da maternidade. Como primeira possibilidade da causa da esterilidade, aponta para a questão da infantilidade psíquica e física das mulheres estéreis. Descreve o perfil

dessas mulheres como sendo pessoas frágeis que necessitam sempre de apoio dos pais, na infância, e do marido, posteriormente. Essas mulheres estêreis, descritas por Deutsch (1945), costumam manter o prazer na atividade clitoridiana dentro de uma relação sexual.

Segundo Freud (1931), essas mulheres não atingiram o caminho da feminilidade, pois não ascenderam à mudança de um gozo clitoridiano para o vaginal, ao contrário, se mantêm presas a uma forma de prazer infantil.

Geralmente, essas mulheres apresentam sintomas físicos relacionados com fantasias de gravidez, como por exemplo, inchaço do abdômem, náuseas etc. De uma forma geral, percebe-se que essas mulheres permanecem imaturas e ameaçadas por temores, ficando, assim, impossível sair do lugar de filhas para ocupar o lugar de mães.

Outra possibilidade do desencadeamento da esterilidade, segundo Deutsch (1945), pode ser encarada a partir do significado da maternidade, para a mulher, o que se constitui num dos propósitos deste estudo. Nesse sentido, a autora enuncia que muitas vezes a gravidez é vivida como uma ameaça à harmonia do matrimônio, e assim, a mulher renuncia à maternidade em função do casamento.

Vale ressaltar que esse tipo de mulher tem todas as atribuições para ser mãe, mas geralmente usa essa tendência maternal na sua relação amorosa com o marido, como se ele necessitasse de sua proteção para crescer. Nesses casos, a mulher geralmente sente medo de engravidar, pois acha que, para seu marido, a gravidez se constituirá numa ameaça, já que assumi-la

significaria conviver com a divisão de afetos, ou seja, enfrentar a rivalidade.

Devemos salientar, entretanto, que esse tipo de mulher é diferente da mulher maternal que abre mão da sua própria sexualidade para se tornar mãe de segunda mão, tais como parteiras, tias e madrinhas.

Uma terceira causa da esterilidade na mulher aponta para um desvio real da maternidade por outros interesses. Parece que, nesse caso, o investimento sobre essa condição representaria o esvaziamento no desenvolvimento de tarefas cotidianas. Percebe-se que esse tipo de mulher geralmente desvia o seu desejo de maternidade para outros interesses, evitando, assim, o conflito que poderia se produzir com uma gravidez. A gravidez é, portanto, vivida inconscientemente como um risco para a sua vida erótica e profissional.

Um outro aspecto relevante, que emerge como possível causa do desencadeamento da esterilidade, está relacionado com a questão da mulher que se nega a aceitar a sua feminilidade. Esse tipo de mulher tem uma tendência agressiva-ativa e é denominada por Langer (1978) de "agressiva-masculina".

É preciso ressaltar que esses tipos não são puros; podemos observar essas características alteradas ou mescladas numa mesma pessoa, o que, inclusive, comprova a complexidade do assunto. Entretanto, o que se pode aqui afirmar é que a mulher experimenta de forma particular a esterilidade, ainda que existam formas definidas, dentro das quais as variações individuais têm lugar.

É claro que, na prática clínica, recebemos pacientes

com características semelhantes, embora cada caso resguarde suas particularidades. Entretanto, o que nos é oferecido é um mundo que trata da relação do sujeito com o seu desejo e, talvez, a dificuldade resida exatamente na travessia desse desejo.

O presente estudo lançará mão da primeira e da última concepções das possíveis causas da esterilidade, visto que pretende-se relacionar a condição da possibilidade da maternidade com a primeira relação da mulher com sua mãe. Sabe-se que essa primeira relação poderia, dentre outras coisas, levar a mulher a negar sua feminilidade, ou ainda, permanecer dentro de uma extrema dependência, indicando uma fixação nessa primeira relação.

Como Freud mesmo enumerou, algumas mulheres ficam detidas na sua ligação original com a mãe e nunca alcançam uma mudança em direção aos homens.

Nesse sentido, Langer (1978) também afirma que, a partir da observação de mulheres estéreis, pode-se perceber uma imaturidade psicosexual que denota uma fixação exagerada em relação à mãe. Para a autora, a infertilidade seria experimentada como um "castigo" decorrente da vivência de situações de rivalidade para com sua mãe.

Um outro ponto que merece destaque é a dificuldade que a mulher encontra, a nível inconsciente, de deixar de ser filha para ser mãe. Muitas vezes, nesse processo, as mulheres vivenciam angústias inconscientes, pois sentem que a maternidade poderia causar o abandono dessa relação com a mãe, o que poderia levar essa última a uma ação vingativa, pelo simples fato de não suportar tal injúria.

Videla (1984), apesar de privilegiar o enfoque de esterilidade conjugal, não descarta a importância dos fatores intrapsíquicos no desenvolvimento de tal condição; e parece concordar com o fato de que a relação da mulher com sua mãe pode estruturar uma situação de esterilidade. Remete ainda às seqüelas edípicas, como importantes no desencadeamento desse processo, postulando que a não diferenciação sexual, bem como a dificuldade de identificação feminina, impossibilitam a gestação de um outro, ou seja, de um filho.

Sobre a importância da fase pré-edípica no desenvolvimento da patologia que tratamos neste estudo, Freud afirma em vários textos que essa fase tem uma relevância primordial na vida das meninas. A relação com o pai é entendida, dentro de seu enfoque teórico, como uma extensão do tipo de relação estabelecida com a mãe. Sendo assim, não é incomum que a relação com o marido mantenha as mesmas características dessa fase. Ainda mais, pode-se afirmar que alguns casais estéreis constroem um vínculo tão específico que o que se conclui é que uma relação dual se estabeleceu e que o filho significa um terceiro, que fica impedido de entrar, pois está a serviço da marca da diferença. O casal evitaria qualquer relação triangular, evitando, portanto, inconscientemente, ter um filho, pois essa situação os remeteria ao conflito edípico.

Em algumas situações, esse desejo inconsciente pode ser claramente revelado; o médico, muitas vezes, pode ser surpreendido com uma tentativa inconsciente de boicote ao tratamento prescrito. Assim, não é raro nos depararmos com mulheres que, mesmo diante do desejo consciente de engravidar, es-

quecem de tomar a prescrição médica hormonal, ou ainda, realizam os exames de forma errada. Ressalta-se, ainda, alguns casos em que a mulher mantém o anticoncepcional por "esquecimento ou engano".

Parece-nos claro que o sintoma da esterilidade denota uma formação de compromisso entre o desejo consciente, ou seja, o desejo de ter uma criança, e um desejo inconsciente contraditório. Nesse sentido, alguns autores relacionam a esterilidade com a histeria, pois através do corpo há a emergência do conflito entre um desejo inconsciente e sua proibição, acrescentando a facilidade para devaneios, característica comum da paciente estéril, que apresenta fantasias diurnas que se centram na maternidade, no parto ou na filiação.

A mulher estéril, tal qual a histérica, utiliza a realidade corporal para expressar conflitos psíquicos que não podem ser verbalizados.

Alguns autores reforçam esse pensamento quando enunciam que o desejo de ter uma criança vai derivar do conflito inconsciente do complexo de Édipo.

Seguindo essa linha de pensamento, M. Bydlowsky e M. Dayan (1988) desenvolveram um estudo que esteve norteado por princípios que se distanciam de uma divisão entre os aspectos psicogênicos e orgânicos da esterilidade. Os atendimentos das pacientes estéreis eram realizados de forma integrada, conjuntamente por um psicanalista e um ginecologista, permitindo que fossem identificados alguns conflitos latentes causadores da queixa da esterilidade.

Esses autores puderam observar, através do atendimen-

to de mulheres inférteis, que nem sempre o desejo de ter uma criança coincide com o desejo de estar grávida. Percebemos, na maioria das vezes, que o desejo de estar grávida suplanta o desejo de ter uma criança. Uma explicação que nos ocorre para tal fato é a de que, enquanto a gravidez é encarada como uma sensação de completude, ao contrário, o nascimento de uma criança, ou o parto, trazem a perda dessa possibilidade de ascensão fálica.

Além disso, é importante considerar o conflito que a mulher experimenta após o parto, ao se deparar com a realidade ao invés da fantasia, isto é, ao se deparar com a criança real ao invés da criança imaginária.

Mas, não podemos responsabilizar unicamente os conflitos advindos do parto, como relacionados à esterilidade. É sabido que algumas mulheres experimentam dificuldades antes mesmo da gestação, no coito. Há mulheres que apresentam temor à defloração, enquanto outras não suportam a penetração, sentindo dores fortes, apresentando sintomas como dispareunia e vaginismo. Há também casos em que elas não permitem a permanência do esperma no seu interior, após a ejaculação, rejeitando, assim, qualquer possibilidade de serem fecundadas.

Na pesquisa desenvolvida por M. Bydlowsky e M. Dayan (1988) foram relacionados alguns casos que ilustram a relação entre o sintoma da esterilidade e algumas fixações que se manifestam em determinadas fases do desenvolvimento.

Assim, a partir da análise da história de vida das pacientes que apresentam um quadro de infertilidade, percebe-se, geralmente, que estas também mantêm uma intensa ligação com

o pai. Nesse contexto psicodinâmico, qualquer possibilidade de gravidez é encarada imaginariamente como sendo uma produção da concretização do incesto, isto é, na verdade, o que ocorre é que esse filho é encarado como o filho que outrora, quando menina, esta mulher desejou.

Todavia, por trás de um quadro de infertilidade não está apenas a relação intensa com o pai. Observa-se, também, que mulheres que detêm esse tipo de patologia apresentam uma relação tirânica para com suas mães. Para essas mulheres, a mãe é vista como toda-poderosa, o que gera uma dificuldade de separação do próprio desejo, frente ao desejo da mãe. Por essa razão, esta mulher geralmente não pode ser mãe, a não ser que a mãe permita.

Outros casos sugerem que a infertilidade é oriunda de conflitos gerados pela necessidade que a mulher apresenta de controlar seu corpo. Nesse caso, a produção de um ser independente, que tem autonomia dentro do corpo da mulher, pode ser encarada com angústia, o que, conseqüentemente, pode significar um impedimento para a gestação.

Reparamos, também, que em algumas situações a mulher necessita assumir o papel de mãe com outros parentes, o que nos leva a pensar que, nesses casos, o lugar da criança já está ocupado por outra pessoa.

Finalmente, algumas mulheres apresentam na sua história de vida alguma catástrofe ligada à maternidade da própria mãe, fato que pode, de certa forma, levar a filha a desencadear um quadro de esterilidade como forma de prevenir que o mesmo lhe aconteça.

É importante ressaltar que, em cada caso de infertilidade, um conflito pode estar se manifestando; e, por essa razão, é preciso ser identificado. Dessa forma, quando se trata de ajudar uma paciente, dentro de uma atitude psicanalítica, é preciso, em primeiro lugar, tentar desfazer a demanda de urgência a que essa paciente está submetida, tentando, através das entrevistas, explorar a sua história para melhor entender o que pode estar provocando o problema.

É preciso, pois, estar atento ao que se expressa pelo sintoma. A chave da desordem somática é dada no momento em que a verbalização revela o sentido da doença, ou seja, quando a paciente transforma em palavras o que o sintoma tem por missão ocultar. Nesse sentido, ajudar a paciente é ajudar a formular seu conflito, pois esta se constitui na melhor forma de aliviar seu sintoma. Mas nem sempre esta é uma tarefa fácil. Isto porque, geralmente, a mulher experimenta uma demora relativamente grande até procurar um tratamento, seja médico ou psicológico. Tal fato relaciona-se com a ansiedade manifestada pela mulher, da dificuldade de reconhecer que o problema existe, ou ainda, pela angústia de ter que revelar suas dificuldades a pessoas estranhas, principalmente se esse outro, médico ou terapeuta, for uma mulher.

Além disso, percebe-se que o tratamento envolve uma investigação composta de vários exames, podendo se prolongar por muito tempo, o que acarreta momentos de esperança e de desespero. Geralmente, observando a relação do médico com esse tipo de paciente, fica deflagrado o quanto a mulher encara esse profissional como uma figura poderosa, como um mágico que

tem a resolução na cartola. Segundo Miriam Mazor (1968), esse profissional deve estar preparado para lidar com questões transferenciais, ou ainda, com os conflitos que se configuram nesse período, como por exemplo, o sentimento de raiva que emerge quando a expectativa da paciente é frustrada. Quando esse fato ocorre, algumas pacientes chegam até a procurar outro médico, na esperança de encontrar um milagre que as faça capazes de engravidar.

De uma maneira geral, as pacientes de esterilidade são extremamente sensíveis ao que ouvem, e se colocam numa postura regredida.

Por essa razão, a escuta psicanalítica é imprescindível, na conjugação com o tratamento médico, pois provê o profissional de um *feeling* que permite, em alguns casos, caminhar na direção da solução esperada. Muitas vezes, através do encaminhamento da paciente à psicoterapia, se proporciona um atendimento terapêutico, visto que os diversos fatores que podem estar acionando o sintoma da esterilidade podem ser melhor avaliados.

Nesse tipo de abordagem, abre-se um espaço para que o tratamento psicanalítico se alie à intervenção médica, de origem basicamente organicista. No entanto, para que tal ocorra, é preciso que o médico considere que um conflito inconsciente pode estar afetando o organismo.

De uma maneira geral, o que se pode hipotetizar a respeito desses conflitos que se presentificam nas mulheres estéreis é que, provavelmente, o fato de não engravidar representa uma ferida narcísica e o não funcionamento saudável dos órgãos

reprodutores é vivido como uma castração, reativando, assim, conflitos anteriores. Nesse sentido, há que se pensar que esses conflitos podem estar impedindo que os órgãos desempenhem sua função de forma satisfatória.

A partir da observação clínica, no atendimento psicoterápico dessas pacientes podemos inferir que essas mulheres apresentam uma dificuldade de se colocar como objeto de desejo de um homem, temendo, assim, gerar uma criança e se tornar mãe.

Como já ressaltamos, às vezes encontramos mulheres que acabam por desempenhar um papel ativo, negando sua vagina, numa manifestação de rejeição do seu papel feminino no ato sexual.

Reparamos que essa atitude viril e ativa, apresentada pela paciente estéril, se constitui numa atitude defensiva, visto que pode estar ocultando a dificuldade de identificação com a mãe, que, como bem sabemos, se constitui no caminho para o encontro da identidade sexual. Essa postura seria determinada pelo que Freud (1924) denomina de "complexo de masculinidade", ou seja, uma identificação com a mãe fálica, ou ainda com o pai, frente à descoberta da castração e a conseqüente inveja do pênis.

Entretanto, Serge André (1987) aponta um texto de Karen Horney (1969), denominado *Da Gênese do Complexo de Castração na Mulher*, onde a autora questiona o complexo de masculinidade que se presentifica em determinadas mulheres, e não só nas homossexuais. Horney pontua que não se pode atribuir esse complexo unicamente como sendo conseqüência da inveja do pênis, pois po-

demos atribuí-lo a uma atitude que provém da decepção ocasionada pelo pai, ou seja, é posterior à passagem que a menina efetua da mãe para o pai. Segundo a autora, o complexo de masculinidade se constitui num desvio e numa regressão no Édipo. Sendo assim, a situação que se configura é a seguinte: a filha experimenta a decepção porque, na verdade, quem se beneficia do amor do pai e, conseqüentemente, recebe filhos, é a mãe. Esse fato traz para a menina não só a possibilidade de renúncia ao pai como objeto amoroso, mas também conduz, inexoravelmente, ao desejo de ter um filho. Nesse sentido, o texto clínico freudiano *A Psicogênese de um Caso de Homossexualismo numa Mulher* (1920) endossa a atuação de um mecanismo psíquico semelhante ao que Horney pontuou, quando trata de um caso extremo de troca de objeto de amor.

Segundo Freud, a jovem que inspirou tal escrito se encontrava na adolescência e, por essa razão, assim como propôs Anna Freud, experimentava a revivescência de seu complexo de Édipo, encontrando-se consciente de seu desejo de ter um filho. Ressalta-se que o desejo de que esse filho fosse do pai encontrava-se, como não poderia deixar de ser, recalcado.

Entretanto, como sua mãe engravidou nesse período, a paciente, ressentida, afastou-se do pai e dos homens, negando sua feminilidade, e procurou outro objetivo para sua libido. Na verdade, tal fato ocorreu porque não foi ela quem teve o filho, mas, ao contrário, sua rival.

O que se pode pensar a partir daí é que o desejo de ter um filho vai ser conseqüência natural da passagem da mãe para o pai e a posterior volta à mãe, enquanto objeto identi-

ficatório, quando a menina realiza o seu objetivo, ou seja, a busca da identidade feminina.

A infertilidade pode, em alguns casos, se constituir enquanto uma defesa, encobrando a falta que possibilitaria a abertura para o desejo de ter um filho.

Essas observações põem em relevo as mulheres inférteis que se apresentam como pessoas rígidas e autoritárias, com dificuldades em manter vínculos, desviando seu desejo da maternidade para outros interesses, inclusive o incremento de sua vida profissional.

Algumas descobertas nos levam a pensar que, para algumas mulheres, é menos angustiante a busca de uma equivalência fálica que não se constitua na saída original pênis = filho. Portanto, é importante detectar a infertilidade enquanto uma defesa que, muitas vezes, ao ser rompida, pode provocar consequências, como os surtos psicóticos pós-parto.

Nesse sentido, urge pensar o que um filho representa para uma mulher infértil: uma equivalência fálica ou o próprio falo?

O presente estudo busca exatamente compreender o que ocorre com aquela mulher que procura ajuda por não estar conseguindo engravidar. Interessa-nos, particularmente, analisar situações onde nos deparamos com mulheres que apresentem um processo fisiológico preparado para a fecundação, mas que, contrariamente, se vêem diante de alguns transtornos que impedem o atingimento do alvo desejado. Desejado? Aliás, essa é a questão. Cabe-nos pensar sobre o que acontece com o desejo da mulher que não consegue gerar uma criança. Nesse sentido, a

partir da análise do caso em questão, propõe-se pensar na dimensão desse desejo de como a dinâmica psíquica de cada mulher pode estar influenciando para o acionamento desse quadro patológico.

Notamos que algumas mulheres que procuram um atendimento psicoterápico e que estão sob tratamento médico para engravidar, muitas vezes encontram-se alienadas na cobrança da sociedade de que ela dê continuidade ao nome da família, ou ainda, no próprio desejo do marido de ter um filho.

Na prática, o discurso dessa mulher aponta para o descrédito da possibilidade de optar em relação à maternidade, o que é reforçado socialmente pela manutenção da falta de espaço e de decisões que a mulher pode ter.

Portanto, só quando essa mulher puder entrar em consonância com o seu próprio desejo e, a partir daí, puder encaminhar sua história de acordo com ele, só aí, pode-se pensar em realização.

Certamente, esse é o caminho que tal estudo se propõe a percorrer, fazendo desses enfoques teóricos sementes que possam fertilizar a prática, gerando uma possibilidade criadora que aponte não só para o desejo de uma mulher, mas, como tal, se constitua como todo e qualquer filho: como uma possibilidade viva de recriar...

Uma coisa é certa: desde que a menina escuta: Tu não és o falo! e percebe que a mãe não pode lhe dar algo que não tem, ela cria seu ideal voltado para o tornar-se uma mulher. E ser mulher é ser mãe? Nem sempre...

O ser mulher nos parece condizente com o ser amada,

desejada, com produzir, criar, trabalhar, enfim, ser reconhecida e, através de um ideal, poder resgatar sua completude narcísica, mesmo sabendo que é efêmera...

"Se me for possível evocar os atos de meu pai e de minha mãe, posso dizer que os meus me foram impostos — eu não os cometi.

As provações por que passei nunca se esquecem."

Sófocles, Édipo em Colona

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO: "DECIFRA-ME OU TE DEVORO"

Este capítulo consiste no estudo de um caso clínico, com vistas a ilustrar a discussão até aqui pretendida, sobre a constituição da identidade feminina, na sua relação com o caminho da maternidade e da infertilidade.

Vale ressaltar que as considerações tecidas nesta dissertação se constituem em hipóteses clínicas levantadas a partir do acompanhamento do processo psicanalítico do caso em questão. Deve-se ainda esclarecer que esse acompanhamento foi feito em três etapas. Num primeiro momento, tomou-se por base o atendimento psicológico realizado num hospital, durante a internação da paciente na Enfermaria de Ginecologia na Santa Casa do Rio de Janeiro, o que se configurou num atendimento de apoio (Fiorini, 1979). O segundo momento consistiu de um atendimento ambulatorial feito na mesma instituição. Finalmente, o terceiro momento vem se desenvolvendo até a presente data, desde 1988, no atendimento da clínica privada, tendo sido o enquadre delimitado em duas sessões semanais.

4.1 — O atendimento psicológico de crise: a internação

E., cor parda, 24 anos, solteira, chegou ao Pronto-Socorro da 28ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro sentindo dores abdominais fortes, além de uma intensa hemorragia. Ao ser examinada pelo médico de plantão, constatou-se a existência de um mioma uterino em estado avançado, o que justificaria a prescrição de uma cirurgia para a retirada do tecido miomatoso. Quando submetida a um exame mais apurado, uma junta médica diagnosticou que a paciente, na verdade, era portadora de uma miomatose uterina, isto é, apresentava uma variedade de pequenos miomas que justificariam a necessidade de uma cirurgia de histerectomia total. Deve-se salientar que tal conduta médica era fundamentada na necessidade de prevenção de um futuro câncer de útero.

O Serviço de Psicologia foi, então, chamado para atender o caso, visto que a paciente, sendo virgem, apresentava dificuldades em permitir os exames ginecológicos. Além dessa justificativa para o acompanhamento de tal caso, a equipe médica demonstrou-se preocupada com o comportamento que a paciente apresentou diante da notícia da possibilidade de ser submetida a uma histerectomia total, ou seja, observou-se que, a partir desse diagnóstico, a paciente ficara absolutamente alheia na enfermaria, sem emitir contato com ninguém.

Tomando como base a premissa de que a doença é um impacto que, possivelmente, gera em qualquer indivíduo modificações psicológicas, uma vez que rompe com o equilíbrio narcísi-

co do sujeito, propôs-se um atendimento psicológico delineado por intervenções focalizadas na doença, na internação e na cirurgia à qual a paciente deveria ser submetida.

Nesse sentido, Freud mesmo (1919), em seu artigo *Linha de Progresso na Terapia Psicanalítica*, prevê a extensão das atividades terapêuticas para além do tratamento das neuroses, ampliando, assim, a necessidade de um atendimento psicológico para determinadas situações neurotizantes que o sujeito é obrigado a viver, e, dentre elas, a descompensação psíquica frente a uma doença ou cirurgia.

Nesse mesmo artigo, Freud postula que a Psicanálise obviamente não é a solução mais adequada a esse tipo de situação. Em seu texto, afirma:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições (...). É muito provável também que a aplicação em larga escala nos force a fundir o ouro puro da análise com o cobre da sugestão direta. (ESB, 1974, Vol.XVI, p.210)

Tomando por base essa idéia e cientes da necessidade do atendimento psicológico a pacientes hospitalizados, procuramos, ao longo do trabalho na 28ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro, no ano de 1988, perseguir a idéia de que os princípios psicanalíticos são eficazes para esse tipo de atendimento, mesmo que essa ferramenta tenha que sofrer algumas adaptações; adaptações essas que, como propôs Freud, nos levem a substituir "o ouro puro pelo cobre".

Assim, dentro da rotina do Serviço de Psicologia, buscou-se, para a paciente em questão, um atendimento especial de pré-operatório. Entretanto, antes do início da entrevista com

E., como habitualmente é feito, foi realizada uma checagem do prontuário médico da paciente. Nessa papeleta, além de dados relativos à doença, constava a seguinte observação: "Paciente deu entrada no pronto-socorro com o pai. Mostrava-se bastante preocupada com ele, pois, quando passava mal e tinha sangramentos, o pai faltava ao trabalho. Por essa razão, pediu para que fosse logo internada."

A partir das observações médicas acerca da paciente, de seu prognóstico, bem como do resumo da internação contido no prontuário, surgiram algumas justificativas para o oferecimento do atendimento psicológico: de um lado, pareceu-nos óbvio que E. se encontrava numa situação conflitante, manifestando um quadro depressivo no período pré-operatório; de outro, foi possível observar que E., frente à possibilidade de uma histerec-tomia, apresentou um profundo sentimento de perda e de desesperança.

Assim, baseadas no conhecimento de que toda tendência psíquica procura expressões corporais adequadas, e conscientes da necessidade de um atendimento psicológico para pacientes cirúrgicos, caminhamos na direção do entendimento da dinâmica da doença de E.

Tal pensamento encontra justificativa em alguns artigos médicos. Fica claro que o avanço da Medicina, nos últimos anos, traz consigo, além de novas técnicas, o interesse pela estrutura psicológica apresentada por pacientes submetidos a esse tipo de intervenção.

Uma revisão bibliográfica médica, em especial a americana, nos revela o quão aceita é a premissa de que os aspec-

tos psíquicos têm grande influência no desenvolvimento das patologias em geral, despertando, assim, a importância do estudo do papel das emoções como um dos agentes etiológicos que subjaz às complicações terapêuticas.

Nesse sentido, Kennedy (1966) sugeriu o adiamento de algumas cirurgias de pacientes que manifestavam um grau elevado de ansiedade, ou ainda, quadros depressivos. A fim de que os pacientes pudessem restabelecer o equilíbrio e apresentar um comportamento adequado, para suportar a cirurgia, este mesmo autor propôs para esses pacientes um atendimento psicoterápico, o que, segundo ele, consistiria numa medida terapêutica, visto que esse tipo de tratamento possibilita ao paciente elaborar conflitos e, conseqüentemente, diminuir a ansiedade mobilizada frente à situação da doença.

Prosseguindo em seus estudos, Kennedy observou, ainda, que pacientes que apresentavam menor grau de ansiedade, bem como aludiam a expectativas "normais" perante o resultado do ato cirúrgico, situavam-se no grupo que continha índices de mortalidade baixos e pouca ou nenhuma complicação pós-cirúrgica, se comparados aos pacientes que apresentavam níveis elevados de ansiedade ou depressão e sentimentos ambivalentes e insegurança frente à cirurgia.

Sendo assim, a partir da colocação incontestável do papel das tensões, medos e ansiedades na gênese das doenças e, conseqüentemente, da especial relevância no sucesso ou fracasso da recuperação da saúde, deparamo-nos, no caso específico, com as seguintes questões: Como lidar com os sentimentos expressos por E.? Até que ponto estes podem, enquanto elementos

conflitantes, desencadear um processo iatrogênico, isto é, contribuir para o desenvolvimento de sua patologia? Qual a relação que seu sintoma, a impossibilidade de ser mãe, guarda com sua dinâmica psíquica?

Norteadas por esses questionamentos iniciais e tendo a certeza da eficácia do atendimento psicológico a nível preventivo, adotamos um atendimento psicoterapêutico que se estenderia por toda a internação de E.; atendimento esse incorporado à rotina da instituição.

Entretanto, para que um trabalho psicológico a nível institucional se faça possível, devemos considerar, primeiramente, assim como propõe Winnicott (1978), a capacidade de manusear o *setting* terapêutico. Na 28ª Enfermaria, os atendimentos psicoterápicos são realizados no próprio leito da paciente. Num primeiro momento, geralmente oferecemos a possibilidade de conversarmos e, em caso afirmativo, ou seja, se a paciente desejar, prosseguimos a entrevista.

Vale salientar que o fato de nos aproximarmos da paciente como parte do serviço prestado pela instituição requer determinados cuidados. É preciso evitar que haja aceitação do atendimento apenas como fruto da submissão da paciente. Nunca devemos nos esquecer que uma característica fundamental desse tipo de atendimento é que a paciente não vem buscá-lo, mas, ao contrário, este lhe é oferecido como serviço prestado.

Nesse contexto, a primeira entrevista é primordial, pois permite-nos levantar hipóteses diagnósticas e, conseqüentemente, planejar o atendimento tomando por base ansiedades e defesas proeminentes. Nesse contato inicial, alguns pontos

básicos são abordados, tais como, em relação ao hospital: Por que veio, como veio e para que veio. Ainda, procura-se observar a participação dos familiares na internação.

Já sobre a patologia, indaga-se como começou e por que começou. Objetiva-se, neste caso, investigar as fantasias da paciente com relação a sua doença, bem como os limites que essa situação impôs, averiguando também como a paciente lida, no dia-a-dia, com esses limites.

Outro ponto a ser abordado nessa rotina de trabalho diz respeito à cirurgia. Nesse sentido, procuramos observar como a paciente percebe este fato, se vai ou não fazer a cirurgia, investigando fantasias de cura e possíveis medos.

Ainda nessa primeira entrevista, focaliza-se a estrutura familiar da paciente, bem como a sua relação com o trabalho. Também é objeto de nossa consideração, nessa fase diagnóstica, outras situações que a paciente vivenciou e como as resolveu.

Assim, de forma geral, podemos dizer que essa primeira entrevista estrutura-se a partir de três eixos principais: o levantamento das ansiedades predominantes; a investigação das fantasias de enfermidade e de saúde; e o conhecimento de atitudes da paciente frente à cirurgia e ao atendimento.

Norteadas por essas diretrizes, iniciamos o atendimento da paciente em questão, delimitando o enquadre e procurando empatizar com a situação que E. estava vivenciando naquele momento.

Mas, logo no começo da entrevista, E. interrompeu para contar que teria que retirar seu útero, pois tinha vários

miomas pequenos que não respondiam ao tratamento clínico.

A paciente relatou, ainda, experimentar sentimentos de confusão perante essa notícia, pois tinha como ideal de vida a maternidade. Nesse sentido, E. demonstrava desejo de ter um filho, a qualquer preço, mesmo fora de uma relação.

E. relatou, também, que não pôde compreender como isso aconteceu com ela, pois ainda é virgem.

Nesse discurso, percebemos claramente que, para a paciente, o exercício da sexualidade está associado a possíveis punições futuras.

Quando questionada sobre como seu problema teve início, relatou a seguinte história: Disse ter sentido dores fortes e hemorragia frequente e, após uma crise, procurou o hospital. Nesse período, foi diagnosticada como portadora de um cisto de ovário. Como não melhorava, seu pai, através de um amigo, a trouxe para ser examinada pelo Chefe da 28ª Enfermaria da Santa Casa, onde foi constatada a existência de um mioma. A conduta terapêutica adotada foi a de internação, seguida de uma intervenção cirúrgica de emergência para a retirada do mioma.

Ao ser indagada sobre o que sentiu nesse momento de sua vida, a paciente disse não recordar nada, relatou apenas sentir "uma espécie de amnésia do que aconteceu".

Esse fato parece denotar que a paciente, diante da situação estressante da internação e da cirurgia, acionou algumas defesas psicológicas. Dessa forma, podemos entender a negação da situação pela qual E. passava como um mecanismo adaptativo; uma defesa na direção da busca e do alívio da tensão e

angústia geradas pela hospitalização, vivenciada enquanto punição.

Nesse sentido, Kimball (1969) enuncia que o adoecer desencadeia comportamentos específicos que passam a fazer parte da própria doença. Devemos ressaltar, no entanto, que esses comportamentos variam concomitantemente com a gravidade da doença e a estrutura psíquica do paciente.

De uma forma geral, o que se pode observar é que, frente à doença, os pacientes demonstram sentimentos de desesperança, apresentando comportamentos regressivos.

No caso em questão, durante o período em que esteve internada E. apresentou um comportamento regredido, ao mesmo tempo que se mantinha isolada, alheia a qualquer estímulo externo. Mas há que se reparar que a regressão, geralmente, é um fenômeno que acompanha o próprio processo de adoecimento. Freud (1941), em seu texto *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*, mostra como uma pessoa que se encontra doente perde o interesse pela conexão com o mundo externo e volta-se apenas para o seu sofrimento. Assim, diz ele: "O homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego e as põe para fora novamente quando se recupera" (ESB, 1974, Vol.XIV, p.98).

Nota-se também que o adoecer traz consigo a perda do sentimento de indestrutibilidade, ou seja, uma ruptura da onipotência física e psíquica, o que muitas vezes gera comportamentos agressivos ou a negação da própria doença. De um outro lado, não é incorreto afirmar que, como no caso em pauta, a doença aciona o mecanismo da regressão, ao mesmo tempo que favorece o isolamento. Tal fato ocorre porque há uma perda do

contato com a realidade, uma vez que se instaura basicamente uma mudança no cotidiano do sujeito.

Sendo assim, sobre o caso, podemos inferir que a ameaça da perda da integridade, que E. vivenciou, aliada à perda do sentimento de onipotência, fez com que a paciente mobilizasse mecanismos de defesa, na esperança de manter o seu eu afastado da ameaça vivida.

A intervenção utilizada nesse sentido foi a de compreender tal comportamento, procurando entender junto com a paciente a razão de tal atitude. Ressalta-se que tais procedimentos encontram-se orientados pelo objetivo do atendimento psicológico proposto no pré-operatório.

Assim, o nosso trabalho na 28ª Enfermaria consistia em ultrapassar alguns obstáculos que porventura poderiam interferir no sucesso da cirurgia e na recuperação de E. Nesse sentido, deve ficar claro que o atendimento proposto teve como meta o fortalecimento das funções egóicas da paciente, o que certamente desencadearia um comportamento adaptativo frente à situação.

Com esse intuito, nossos encontros com E. objetivaram, inicialmente, auxiliar a paciente a elaborar seus conflitos, fantasias e medos, o que consistiu no foco do atendimento pré-operatório. Posteriormente, procuramos trabalhar as expectativas de E. com relação ao pós-operatório, atentando para o significado da patologia instaurada, a partir da dinâmica estrutural da paciente.

Sendo assim, podemos dizer que todo o trabalho realizado com E. foi feito no sentido de que ela compreendesse o sig-

nificado de seus sintomas, bem como a natureza de seus conflitos. Poderíamos aludir esse tipo de atendimento a um processo de reeducação, visto que promove, de certa forma, o equilíbrio psicológico, afastando a necessidade de formação do sintoma.

Nesse contexto, procuramos proporcionar a E. um espaço para falar de suas emoções, incentivando o auto-conhecimento no sentido da compreensão de suas próprias limitações, enquanto uma mulher estéril, visando provocar, assim, um comportamento ativo de mudança.

Nessa orientação dirigida ao sintoma, procurou-se atentar para a situação psicodinâmica individual, permitindo que a paciente encontrasse o equilíbrio necessário ao desenvolvimento do processo terapêutico. Dessa forma, objetivamos desmistificar a situação em que E. se encontrava, agora como uma mulher infértil, dando condições para que a paciente re-simbolizasse aspectos fantasiosos com relação a sua doença e sua condição. Nesse sentido, ressalta-se que a atuação do terapeuta deve funcionar como ego auxiliar, apontando e clarificando aspectos confusionais e ambivalentes da paciente diante da impossibilidade de exercer a maternidade, procurando reestabelecer o equilíbrio homeostático que é prioritário para a saúde. Vale a pena aqui ressaltar que, nesse momento do atendimento, não era nosso objetivo promover uma "reestruturação da personalidade" (Fiorini, 1982), mas sim, trabalhar o foco da doença, da internação e da cirurgia, visando compreender o significado do sintoma da paciente e a natureza do conflito iminente.

Dentro desse contexto, o estabelecimento de um vínculo terapêutico com a paciente se deu através de uma atitude

orientadora, decorrente do estabelecimento de uma empatia entre a paciente e a terapeuta. A atitude terapêutica adotada se pautou por uma orientação ativa, onde buscava-se sempre o diálogo e a evitação dos silêncios e do distanciamento afetivo. Nesse sentido, as intervenções realizadas foram do tipo sugestivo-diretivo, ou seja, a nível consciente procurou-se funcionar como um aliado do ego, objetivando que a paciente reconhecesse suas ansiedades para poder suportá-las.

Assim, dentro desse processo, numa tentativa de reconstruir com a paciente o que havia acontecido, deparamo-nos apenas com a lembrança de uma cena, à qual E. se reportava, onde vários médicos se debruçavam sobre ela para saber o que tinha. Ao final desse exame, E. diz lembrar-se ainda de um médico que se aproximou para lhe dar um conselho, exclamando que ela "não devia guardar mais aquilo, pois deveria correr, se ainda queria tentar ter filhos".

Ao contrário do que E. vivenciara antes, a infertilidade já não mais foi vista como uma punição por seus desejos sexuais, mas, inversamente, se associou, nas palavras do médico, à própria virgindade. Dessa forma, E. começou a se questionar, apontando a virgindade como causa da impossibilidade de gerar filhos. Assim, disse ela: "Se eu tivesse me entregado a um homem, quem sabe já teria um filho e agora não me importaria em ser estéril".

A partir do depoimento da paciente, parece-nos claro que a mesma vivenciou fantasias de defloração em relação a esse exame.

Algumas intervenções foram feitas no sentido de apon-

tar o quanto E. se sentiu exposta nessa situação, tendo que repentinamente mostrar o que "tanto guardava", ou seja, seus desejos sexuais.

A partir daí, a paciente verbalizou a dificuldade de ser examinada e, paralelamente, relacionou a vergonha que sentiu com a dificuldade encontrada pelos médicos, de entender que ela era virgem aos 24 anos. Nota-se que, ao descrever a situação de exame, E. parece estar descrevendo um gozo experimentado. Assim, relatou: "Foi horrível! Eles enfiaram algo aqui e depois eu senti um calor enorme, que logo passou".

A partir dessa declaração, trabalhamos o quanto a sua "amnésia" e total indiferença à internação talvez tenha sido uma forma que a paciente tenha encontrado para se proteger dessa situação invasiva. Esses acontecimentos nos suscitaram algumas questões: Por que E. associaria a sexualidade a algo tão ruim? O que significaria seu pai estar permanentemente presente numa enfermaria de Ginecologia? O que significaria para ela a possibilidade de perder seu útero, ou ainda, de ser estéril? Por que ela escolhera esse destino?

Da fuga ao encontro

Com base nessas questões, pedimos que a paciente falasse um pouco dela e de sua família.

E. relatou que era a caçula e que tinha uma outra irmã, chamada Ed. A princípio ficou muito difícil compreender a semelhança dos nomes, apenas diferentes por uma letra, o que, com o correr do atendimento, tornou-se cristalino. Reforçou

que é a caçula de uma família de dois, mas imediatamente corrigiu e afirmou: "dois não, três". A partir desse ato falho, citou a morte de um irmão. Contou-nos que, ao nascer, sua mãe havia sofrido muito no parto e quase morreu, tendo ficado internada algum tempo. Após ter melhorado, a mãe procurou cumprir uma promessa que havia feito e levou, além da paciente, que era um bebê de três meses, seu irmão de dois anos. Este correu então para alcançá-las e caiu dentro de um rio, aparecendo dias depois com o "ventre inchado". Interessante notar que a principal sintomatologia de E. era o crescimento e inchação do abdômem.

A paciente prosseguiu enfatizando sua relação com o pai como uma figura forte, presente na sua vida, mas com o qual tem muitas brigas.

Vale ressaltar que esses dados biográficos, mesmo que ainda incipientes, nos permitem ter uma compreensão mais correta sobre a vida da paciente, bem como sobre a sua saúde, o adoecer e o modo como enfrentava sua doença.

Sendo assim, se faz necessário atentar, de um lado, para um diagnóstico situacional diacrônico (a biografia de E.) e, de outro, para o aspecto sincrônico, o que nos leva a entender o momento da paciente.

Pareceu-nos, até aqui, que E. se sentia culpada pela morte de seu irmão e pela gravidade do estado de sua mãe durante o parto. Realmente, a associação que a paciente fazia era que o seu nascimento provocara mortes. O que há para se pensar é até que ponto essa associação gestação-morte do outro provocou o quadro clínico de E., ou seja, uma patologia que

a levaria possivelmente ao lugar da infertilidade.

O que se presentifica nesse momento é que a possibilidade de crescimento provoca a morte do outro. Inclusive, tal associação é vivenciada pela paciente em qualquer situação em que esteja implicado um movimento gerador, como por exemplo, assumir um novo emprego, ganhar seu próprio dinheiro etc. Qualquer tentativa de expansão é sentida como angústia; a angústia da morte.

Ora, paradoxalmente emerge uma questão: que caminho E. traçou, se a possibilidade de vida está na elaboração da morte e de suas próprias perdas? Como pode E. crescer, ser mulher e mãe, se traz na fantasia que pode matar o outro ou, quem sabe, ser morta? Para onde apontava o desejo de E.? Eis o dilema... Tudo parece nos indicar que essa morte era demarcada no próprio corpo; na infertilidade que se concretizara, ou ainda, num desejo mórbido de operar e ficar com uma cicatriz igual à de uma "cesárea", ou seja, realizar esse parto; ao contrário de festejar a vida, atingir a morte.

Nesse sentido, alguns depoimentos emergem dentro de uma associação mioma-bebê. Assim, a paciente se expressou: "Deus não me deu filho, mas me deu um mioma..."

Não devemos esquecer que a própria sintomatologia de uma miomatose uterina reforça essa associação, uma vez que geralmente provoca a dilatação do útero, náuseas, retenção de líquidos etc.

Se, por um lado, o desejo mórbido de operar e expor uma cicatriz pode ser entendido como uma tentativa de pôr fim a esse conflito inconsciente, por outro lado, podemos pensar

que a cirurgia estaria a serviço da auto-punição, e a doença física eclodiria como forma de resolução da situação de crise — ser infértil é não matar ninguém, é apenas matar a possibilidade de ser mãe. Ou, quem sabe, matar a mãe? Será que o desencadeamento desse quadro de infertilidade é uma resposta de ataque à mãe?

A infertilidade representaria a ruptura no equilíbrio narcísico da paciente, ou seja, essa patologia nos revela algo que, após se mostrar, tenta se esconder, isto é, exatamente a concretização de um ressentimento com a mãe, um conflito com a imago materna e um aprisionamento na imago paterna.

De uma forma geral, o que nos preocupou na internação de E. é que esta, por sentir-se em culpa, passou a se recriar, relacionando a sua doença com uma punição. Sobre esse tipo de funcionamento psíquico da paciente, a melancolia, Freud (1917) afirma que há que se ter cuidado, pois, às vezes, para essas pessoas, a morte pode representar o ponto máximo da punição. Por essa razão, realizamos um atendimento pré-operatório. Nessa sessão, E. enunciou um desejo mórbido de ostentar uma cicatriz no seu abdômem. Assim, a toda hora E. nos indagava sobre o local do corte cirúrgico. Reparamos que essa cicatriz está associada à necessidade de punição e expiação da paciente, servindo de marca à prova real da punição.

É interessante notar que E., embora atendida intensivamente, apresentou, exatamente, como complicação pós-operatória a dificuldade de cicatrização na ferida cirúrgica. Pôde-se perceber, ainda, que, durante sua permanência no hospital, E. costumava exhibir sua cicatriz e, quando indagada sobre o que

representaria tal marca para ela, geralmente não encontrava resposta. Nesse momento, discutiu-se o quanto a marca de todo o processo pelo qual E. estava passando só podia ser vivida a nível do concreto, no seu próprio corpo, como se essa dor, a dor do corpo, não se refletisse nos sentimentos.

Vale ainda a pena ressaltar que, durante o período de internação, especialmente nos finais de semana, a paciente demonstrava-se insegura perante a ausência do médico na enfermaria. Nota-se que essa ausência reativou lembranças de abandono e rejeição que E. sofreu na infância. Assim, E. começou a exigir a presença do pai, justificando que se alguma coisa lhe acontecesse, tinha certeza de que o pai saberia lhe socorrer. Como sustentação de tal angústia, emergiu uma situação precoce, onde a paciente declarou ter se queimado com água fervendo. E. relatou que passou a tarde chorando, mas sua mãe não teve nenhuma atitude, sendo preciso a chegada do pai para lhe encaminhar a um hospital e aliviar sua dor.

Sobre essa situação, procuramos apontar para a paciente a relação entre esses fatos e sua conduta atual, visando abrandar a angústia de E. e evitar a repetição compulsiva desse comportamento. Ficou para nós claro que esse pai guardava sua vida e, também por essa razão, se encontrava diariamente na enfermaria, tendo, inclusive, solicitado uma licença especial para permanecer no corredor, dormindo sentado num banco.

Parece-nos que a presença de seu pai significava para E. não só a possibilidade de ver guardada a sua vida, a sua virgindade, mas ainda, por que não dizer, a possibilidade de ver preservado um útero não funcional, ou seja, a impossibilidade de ser mãe.

4.2 — O atendimento especial na instituição:
encaixando algumas peças do mosaico

Como rotina do Serviço de Psicologia da 28ª Enfermaria de Ginecologia da Santa Casa do Rio de Janeiro, geralmente oferece-se às pacientes a possibilidade de um atendimento especial pós-operatório, quando se verifica a necessidade de apoio psicoterápico. Entretanto, tal extensão do atendimento só ocorre em situações em que a paciente apresente uma intensa mobilização de defesas ou, ainda, quando se encontra num nível elevado de ansiedade, o que pode dificultar o restabelecimento de sua saúde e, conseqüentemente, um certo prejuízo no êxito de seu tratamento clínico.

Assim, no caso de E., optou-se por um atendimento especial, pois a paciente, além de se mostrar bastante deprimida no pós-operatório, demonstrou manifestações histéricas acen tuadas, tais como dificuldade de enxergar, incapacidade de lo- comoção e desorientação alopsíquica.

Além desses sintomas, após a retirada da sonda E. apre- sentou, também, um quadro de retenção urinária. Numa das en- trevistas, a paciente explicitou que estava tudo bem com a ci- rurgia, justificando tecnicamente a dificuldade de urinar como sendo conseqüência de um mioma que estava aderido à parede da bexiga, tendo, segundo ela, por essa razão, sido realizado um corte mais extenso. A intervenção feita nesse sentido foi a de apontar o quanto E. parecia buscar, apenas no corpo, uma ra- zão para o seu problema. Trabalhou-se, também, a contradição

do discurso de E., pois se ela estava apresentando uma retenção urinária, parecia que nem tudo estava tão bem, como havia dito.

Ao nos indagarmos sobre as possíveis causas dessa retenção urinária, deparamo-nos, de um lado, com a própria negação que a paciente mobilizava frente à sintomatologia apresentada. Mas, de outro, podemos hipotetizar o quão adequado foi o desenvolvimento desse sintoma, se levarmos em consideração o contexto da doença da paciente. Nesse sentido, é preciso pensar que algo deveria ser retirado: seu útero e, junto com ele, a possibilidade da maternidade. Assim, poderíamos, talvez, inferir que essa retenção urinária marcou, no corpo, a expressão psíquica do funcionamento da paciente: uma revolta quanto à perda que ia experimentar... E, por que não dizer, uma tentativa de reter algo precioso.

Por todas essas razões, e já que a paciente encontrava-se na iminência de ser submetida a uma histerectomia total, o que provocaria um quadro precoce de esterilidade, aos 24 anos, propôs-se um atendimento especial.

Freqüentemente, esse tipo de atendimento é realizado quando a paciente recebe alta, ficando previamente estabelecido um contrato que compreende seis sessões com a duração de meia hora cada uma.

Após sermos comunicadas pelos médicos da alta de E., e de seu possível prognóstico, ou seja, de uma possível cirurgia, apresentamos o caso na reunião de supervisão. Depois de várias discussões, chegamos à conclusão da necessidade de se propor um atendimento especial a E., visando a elaboração da

internação vivida pela paciente. Nesse aspecto, a preocupação voltava-se, dentre outras coisas, para a possibilidade de resignificação de possíveis fantasias de defloração que E. possa ter vivido. Além desse objetivo, buscou-se também a superação do impacto da doença e da cirurgia, considerando a necessidade de elaboração dos lutos decorrentes das perdas experimentadas — perda da virgindade (na realização dos exames e da cirurgia) —, ou ainda a experimentar — perda do útero, perda da possibilidade da maternidade.

Posteriormente, tal decisão do Serviço de Psicologia foi encaminhada na sessão clínica semanal, da qual participavam médicos e enfermeiras, com o intuito de avaliar se nossas prioridades encontravam-se em consonância com a prioridade médica. Assim, procedia-se, também, o fortalecimento do trabalho em equipe.

A equipe médica aceitou a nossa proposta, considerando-a relevante e alegando que, realmente, havia necessidade de "preparar" a paciente, o mais rápido possível, para a histerectomia. Paralelamente, fomos informadas de que a paciente, que neste mesmo período retornaria à instituição para o atendimento psicoterápico, seria submetida a um tratamento de base hormonal, o que consistiria na última tentativa clínica de regressar o quadro de sua patologia.

Iniciamos nosso atendimento, sabendo, porém, que a tarefa que nos foi delegada era impossível e incoerente com a nossa proposta. Certamente, sabíamos que E., assim como qualquer mulher, nunca conseguiria estar "preparada" para a retirada de seu útero, e muito menos "tão rapidamente". Na verdade, sequer

sabíamos se a paciente se submeteria a tal cirurgia, já que entendemos ser o nosso papel, não o de "fazer a cabeça da paciente", mas sim o de propiciar a tomada de decisões o mais livre possível de conflitos inconscientes. Coerentes com essa postura de trabalho, iniciamos o atendimento especial a E., que logo se prontificou a comparecer à instituição.

Já no primeiro atendimento, E. falou compulsivamente sobre a situação pela qual passava. Neste momento, a paciente demonstrava ter conhecimento de seu diagnóstico, sabendo-se portadora de muitos miomas pequenos, o que possivelmente causaria a extração de seu útero.

Sobre esse prognóstico, E. expressou o quanto essa possibilidade de ficar sem útero "mexeu" com ela, pois seu ideal sempre foi o de ter um filho, mesmo que não viesse a se casar.

Nessa entrevista, a paciente referiu-se a um sentimento de inconformismo em relação à hipótese da infertilidade, uma vez que não conseguia entender por que tal fato aconteceu, alegando que ainda era virgem. Nota-se que o depoimento da paciente é permeado de indagações específicas, tais como: "Por que isso aconteceu comigo?", "O que eu fiz para merecer isso?", ou ainda, "Será que isso tudo não é uma provação que tenho que passar?"

Observamos que a atitude de E. era indicativa de um sentimento de raiva; uma raiva contida, que não podia ser expressada e que aparecia sob a forma de depressão, ou seja, o desejo de não desejar. Estando deprimida, E. certamente não voltaria sua raiva contra os médicos, o pai, a mãe e até contra a terapeuta. Ao contrário, certamente, ela só se "atacaria".

Embora a raiva não fosse evidenciada, era fácil perceber o sentimento de revolta no qual E. estava imersa. Frequentemente, observávamos que a paciente demonstrava irritação pelo fato de ser ela, e não outra pessoa, a estar nessa situação.

O que há para se discutir em relação a essas atitudes diz respeito a uma provável associação entre a infertilidade e a punição, que a paciente experimentava. Mas devemos nos indagar: que "crime", digno de tão grande castigo, E. pensa ter cometido?

Prosseguindo a entrevista, E. sentiu necessidade de nos contar novamente todo seu percurso, agora de forma mais detalhada. Esse fato, talvez, esteja a serviço de uma tentativa de elaborar as situações vivenciadas, com o intuito de organizar as experiências às quais foi submetida, uma vez que o que E. havia experimentado era uma sensação muito próxima da fragmentação.

Notamos que essa ameaça de fragmentação foi deflagrada no concreto pelo medo da morte, experimentado diante da possibilidade da cirurgia. No entanto, não devemos nos esquecer de que essa ameaça advém da necessidade inadiável da paciente de manter um contato abrupto com a possibilidade de conviver com uma injúria narcísica. Nesse sentido, qualquer doença, como afirmamos anteriormente, traz consigo a vivência da perda do sentimento de indestrutibilidade, ou seja, o enfrentamento da própria castração. No caso em questão, acrescentou-se, ainda, um agravante, pois a própria patologia de E. indicava que essa castração seria operada no real, ou seja, no próprio cor-

po, na retirada de seu útero, ou ainda, numa outra hipótese, na manutenção de um útero desativado, o que, conseqüentemente, contribuiu para o incremento desse sentimento de ameaça de fragmentação.

Quando indagada sobre como sua doença teve início, E. prosseguiu relatando que começou a sentir dores fortes, tendo ido a um outro hospital, que lhe diagnosticou como portadora de um cisto no ovário. Como não melhorava, seu pai pediu indicação de um médico a um amigo e, a partir daí, E. procurou nosso serviço, trazida pelo pai, que pediu diretamente ao Chefe da Enfermaria, o Dr. A., que tratasse pessoalmente de sua filha.

Nesse sentido, surgem-nos algumas indagações: Por que E. só poderia ser tratada pelo Chefe da Enfermaria? Qual o significado da indicação de uma clínica ginecológica, por parte de um amigo de seu pai, um homem, que não era médico? Por que seu pai a acompanhava na internação? O que significaria tantos homens para cuidar da intimidade de uma mulher?

Sobre o período de internação, a paciente disse não recordar nada. Ao definir o que se passou, ela assim se expressou: "Parece que não lembro de nada. Sinto como se tivesse tido amnésia".

A partir desse dado, trabalhamos o sentimento de medo que a paciente experimentava diante de situações novas a que era submetida. A paciente associou, então, esse medo com a dificuldade de descobrir o seu verdadeiro diagnóstico. Disse ter experimentado, de um lado, uma sensação de alívio, quando descobriu que era portadora de um mioma e não de um câncer.

Percebemos que, de alguma forma, a paciente esperava que tivesse "uma doença ruim", ou seja, esperava um castigo por alguma ação que, na sua fantasia, ela supunha ter executado.

Ao ser indagada sobre a internação, E. não se recordou de nada, a não ser de um médico lhe aconselhando que, caso ela pretendesse ter filhos, "deveria correr" e não ficar "guardando aquilo", ou seja, sua virgindade.

A partir daí, discutiu-se o quanto a paciente se sentiu exposta nessa internação, tendo que se ver diante de situações onde sua intimidade, que tanto guardava, era desvelada, não só concretamente, nos exames a que era submetida, mas também nas histórias e palpites que os médicos emitiam.

Sobre essa situação, a paciente demonstrou o quanto sentiu vergonha de ser examinada por tantos homens que, segundo ela, chacoteavam pelo fato de ainda ser virgem aos 24 anos. Nesse sentido, procurou-se entender a "amnésia parcial" de E. e sua total indiferença, na enfermaria, como sendo uma defesa mobilizada contra as situações ansiogênicas que era obrigada a viver. Ficou para nós claro que, já que E. não podia se fechar por fora, se fechava por dentro, encontrando, assim, o caminho da depressão, exatamente o que temíamos.

Quando focalizamos o atendimento no significado da perda do útero, para a paciente, esta revelou desconhecer qualquer sentimento futuro em relação à possível situação, alegando que "não sabia como ia ser", pois sua família, com exceção de sua irmã, era muito fértil.

Ficou claro que a infertilidade desencadeou na pacien-

te, dentre outros sentimentos, o medo de não ter mais um lugar dentro dessa família.

Parece que, para E., a impossibilidade de gerar filhos trouxe a necessidade de caminhar na direção de uma nova identidade; identidade essa que não encontra apoio no seio da própria família. Assim, na sua fantasia, E. vivenciava a infertilidade como se fosse uma expulsão do paraíso, ou seja, uma expulsão de sua família e do seu papel feminino. Nesse sentido, nas sessões, a paciente frequentemente relatava o quanto tinha medo, pois sabia que deveria aprender a ser uma nova pessoa.

Há que se ressaltar que, de uma forma geral, a descoberta da infertilidade traz consigo uma nova busca identificatória, isto é, é comum, nesses momentos, as pacientes se deffrontarem com indagações básicas. Assim, elas expressam: "Se não posso ser mãe, o que eu posso ser então?" Percebe-se que essas mulheres trilham um longo caminho para responder a essa questão e, com isso, aliviar suas ansiedades.

Imersas nesta situação de crise, algumas mulheres conseguem encontrar a possibilidade de exercer essa maternidade de forma deslocada, tomando conta de sobrinhos, afilhados etc. Outras negam insistentemente esse quadro e, ainda, mantêm-se na direção da espera de um filho. E, finalmente, algumas buscam aliviar sua dor quase que imediatamente, através da realização da adoção de uma criança.

No caso de E., ela expressava a vontade de tentar um tratamento alternativo homeopático, mas mostrava-se bastante indecisa quanto ao fato. Essa dificuldade pode ser encarada

como reflexo da própria ambivalência de E., ou seja, parece claro que, se de um lado E. desejava ainda lutar para preservar seu útero, de outro, deixava-nos transparecer que esse útero já estava marcado para morrer.

E. ainda relatou que, na tentativa de se decidir sobre a questão, comentou com o Dr. A., Chefe da Enfermaria, sobre esse tipo de tratamento, tentando obter sua posição. Segundo E., o Dr. A. rebateu tal possibilidade, afirmando-lhe que "isso era bobagem".

A partir dessa conversa, E. se mostrou ainda mais indecisa e insegura, tanto para buscar uma nova forma de tratamento paralelo, quanto para prosseguir com o tratamento hormonal.

Ao tentarmos compreender o que causou essa sensação de insegurança em E., deparamo-nos com o medo da paciente de decepcionar o Dr. A. caso fosse procurar um novo médico. E. chegou a verbalizar que isso seria uma espécie de traição. Mas a que traição E. aludia? A mesma traição que experimentou em relação a seu pai, quando procurou se relacionar com outros homens? Ou ainda, representaria uma traição a seu próprio destino, ou seja, uma possibilidade de não realizar o seu destino inconsciente, o destino de não ser mãe?

Sobre essa situação, ficou patente o quanto a instituição propiciava que a paciente experimentasse uma sensação de proteção. Nesse sentido, E. declarou: "Aqui, com o Dr. A., me sinto guiada nas minhas atitudes". Ressaltamos que, para E., o Serviço e, principalmente, o Dr. A., estavam identificados com um lugar fálico, ao mesmo tempo em que proporcionavam a E.

viver o lugar do feminino, ou seja, o lugar da passividade. Assim, enquanto um se mostrava na direção de ter alguma coisa, a outra se mostrava na direção de ser alguma coisa. De uma certa forma, podemos dizer que E. colocava o outro no lugar fálico, enquanto se punha no lugar da castração.

Ainda sobre a indecisão de E., no que tange à demanda de um novo tratamento, trabalhou-se o fato de que esta delegava a um outro a sua decisão. Ficou patente o quanto era mais fácil responsabilizar o Dr. A. pela própria decisão da paciente. Mas, nesse sentido, surge-nos uma questão: Por que exatamente um homem deveria ser responsável pelo destino de E.? Qual a associação que este homem, o Dr. A., guardava com o pai de E.?

No período de internação, E. disse ter recebido conselhos para que "corresse contra o tempo, arrumando um marido e tentando engravidar de qualquer forma". E. se mostrou angustiada com esse conselho, pois não compreendia como seria possível "arrumar um marido correndo", se sempre "se guardou para alguém que amasse de verdade".

Reparamos que esse "conselho", embora dado por médicos, estava a serviço de manter a paciente na direção da espera da possibilidade de ser mãe. Tal fato, obviamente, longe de contribuir para a recuperação de E., detonava um quadro confusional sobre o diagnóstico da paciente, o que facilitou o acionamento, por parte da mesma, de um mecanismo de negação da doença. Com isso, em diversos momentos E. se referia à sua doença com a certeza de haver um engano, e justificava tal afirmação pela insegurança dos médicos.

Na verdade, ao realizarmos reuniões com a equipe, re-

paramos que essa negação advinha da própria equipe médica, que também não aceitava esse diagnóstico com muita facilidade.

A nossa atuação nesse caso foi a de apoiar a paciente, sem censurá-la mas também sem contribuir para essa negação. Buscou-se uma atitude adequada, no sentido de permitir que a paciente lidasse com seus conflitos, sabendo-se infértil.

Vale ressaltar que esse sentimento de negação também se revestiu sob a forma de uma negação da própria sintomatologia. Nesse sentido, não era incomum E. se referir aos seus sangramentos como se fosse uma menstruação, ou ainda, hipotetizar que o aumento de seu ventre poderia ser uma gravidez, mesmo ainda não tendo tido relações sexuais.

Resumindo, podemos afirmar que as nossas observações, bem como os "conselhos médicos", evidenciaram que o problema de E. não estava relacionado só à perda do útero, mas, possivelmente, também à perda da virgindade. A partir desses conselhos, a paciente mostrou-se ambivalente. De um lado, pretendia iniciar sua vida sexual, apenas para lidar com a possibilidade de uma gravidez. De outro, mostrava-se temerosa em arriscar tal situação e obter a comprovação da sua incapacidade de gerar um filho.

Dessa forma, podemos dizer que E. apresentava como justificativa para não exercer a sua sexualidade, além das razões já enunciadas, a evitação da constatação de sua impossibilidade de engravidar.

Sobre esse sentimento de ambivalência, E. disse "fazer parte de sua vida". Afirmou, inclusive, que por essa razão já pensava em procurar uma terapia. Declaramos existir essa

possibilidade de indicação, caso desejasse. A paciente disse ter certeza de que iria precisar, afirmando que "ainda não tinha ficado histérica ou deprimida, pois tem reações retardadas". Há que se pensar no quão claramente E. traçou o seu prognóstico, demonstrando a necessidade de um apoio futuro para lidar com as situações que precisaria experimentar. Ficou para nós evidente que a paciente deveria, portanto, ser encaminhada, ao término do atendimento especial, para uma psicoterapia.

O tema da segunda entrevista, realizada ainda no hospital, girou em torno da ida de E. ao homeopata. A paciente relatou que começara esse novo tratamento, mas que ainda estava confusa. "Às vezes pensava que era melhor não fazer nada, pois se a homeopatia não desse certo, certamente ia ser pior". Pareceu-nos claro que a paciente ainda encontrava-se ambivalente sobre o tratamento. Ao tentarmos explorar as razões para tal fato, deparamo-nos com o medo da paciente de contar para o Dr. A. que estava se submetendo a esse tipo de terapêutica. Esse medo advinha de uma sensação de traição que a paciente experimentava. Percebemos claramente que, na sua fantasia, E. sentia que estava traíndo a orientação do Dr. A., embora mantivesse a medicação hormonal, apresentando-se, assim, amedrontada.

Conforme investigamos as razões do sentimento de medo que a paciente vivenciava, pudemos perceber que, subjacente a este, encontrava-se o medo da rejeição, ou seja, a paciente demonstrava-se temerosa e, na sua fantasia, hipotetizava que se o Dr. A. soubesse que ela estava se submetendo a um outro

tipo de tratamento, iria rejeitá-la e interromper suas consultas. Por essas razões, E. mostrou-se confusa em contar ou não para o Dr. A. sobre sua iniciativa. A paciente referiu-se a essa relação com o Dr. A., identificando-a com a relação que vive com seu pai. Sobre esta última, ela depôs: "Quando eu quero fazer algo, o meu pai avisa e diz: Quer fazer, tudo bem... mas, depois, não volte para mim chorando..."

Verificamos que, para a paciente, o medo vivenciado, bem como a sensação de confusão, relaciona-se com o medo de estar infringindo uma ordem e de, posteriormente, ser punida. No caso em questão, tal fato se presentifica pelo receio da paciente de que o Dr. A. não quisesse mais cuidar de seu caso, se por alguma razão ela insistisse em continuar o outro tratamento.

A ambivalência não decorreu da decisão de fazer ou não o tratamento, mas sim do medo que a paciente experimentava por tentar preservar seu útero, acreditando que essa atitude pudes se agredir o Dr. A.

Podemos notar que a relação Dr. A.-E. está a serviço da relação E.-pai. Um exemplo ilustrativo da identificação médico = pai se presentifica sob a forma de uma extrema confiança depositada pela paciente em médicos mais idosos. No depoimento sobre o Dr. A., E. assim se expressou: "Confio muito no Dr. A. Não sei bem por que, mas sei que confio em médicos mais velhos". Fica patente que E. já confiava no Dr. A. *a priori*, pois foi seu pai que o indicou.

Partindo dessa identificação entre o Dr. A. e seu pai, é preciso entender o medo de E. de tentar "salvar" seu útero,

e, conseqüentemente, a possibilidade de ser mãe, como sendo um ataque, não ao Dr. A., mas ao próprio pai. Sendo assim, ter a possibilidade de ser mãe representaria, para E., a possibilidade concreta de denunciar para seu pai que existe um outro homem na sua vida. Fato este que a paciente, uma vez aprisionada na relação com o pai, tenta evitar a qualquer preço. Podemos inferir então, a partir daí, que a infertilidade impõe-se como uma saída para o impasse da dificuldade de E. de se voltar na direção de outros homens sem que isto represente uma traição, ou "morte" de seu pai. É interessante observar que, nos atendimentos, E. chegou a verbalizar que sabe que só poderá ser livre, independente, quando morar sozinha, e isto só pode acontecer quando seus pais morrerem.

Com o médico homeopata, o Dr. J., E. disse ter um ótimo relacionamento. Relatou uma enorme sensação de bem-estar nas consultas, pois se sentia compreendida. Contou-nos que conversou muito com o Dr. J. e este quis saber detalhes de sua vida, indagando até mesmo por que permaneceu virgem. Relata, ainda, que durante o exame ginecológico se sentiu mais relaxada.

Pareceu-nos que E. mantinha-se dividida entre a confiança que sente com o Dr. A. e o bem-estar que sente com o Dr. J. A paciente denota insatisfação na relação com o Dr. A. Disse, ainda, que percebia os limites da instituição, mas sentia falta de uma maior aproximação por parte do Dr. A.; sentia desejos de que este conversasse mais com ela. Ora, não podemos esquecer que esse desejo de aproximação com relação ao Dr. A. refere-se ao desejo da paciente para com seu pai.

Na terceira entrevista, E. se colocou bem mais disposta e insinuou que já estava pensando em adotar uma criança. Relatou que o que mais a incomodava no fato de ser estéril era o medo de não ser aceita por um homem. Disse ter medo da reação de seu futuro companheiro diante da impossibilidade de ter filhos. E. prosseguiu, afirmando que ela mesma jamais casaria com um homem estéril e achava que o mesmo vai acontecer agora.

Sobre esse inconformismo que a paciente menciona, da possibilidade de se casar com um homem que não pode ter filhos, podemos aludir que tal depoimento talvez encontre-se vinculado a uma situação infantil inconsciente, ou seja, parece-nos que E. utiliza-se dessa suposição para enunciar um desejo outrora frustrado. Nesse sentido, surge-nos uma indagação: Será que na realidade E. estava revelando que desejava algo de um homem, ou seja, um bebê, e que jamais se conformou quando esse desejo infantil não foi realizado?

A paciente colocou que sabia que o útero é um órgão muito importante, valorizado socialmente pela questão da maternidade. Percebe-se claramente o quanto E. teme que um homem a rejeite por não poder gerar filhos. Sobre esse sentimento, a paciente associa situações de infância, quando era vítima de preconceitos de cor e classe social. Nesse sentido, E. relatou uma infância marcada por desejos insatisfeitos. Como exemplo dessa situação, podemos aludir às relações afetivas da vida da paciente. Geralmente seus relacionamentos amorosos são delineados por relações unilaterais, isto é, a paciente sempre se apaixonava por homens que não expressavam nenhum desejo por ela.

No entanto, é importante ressaltar que E. demonstrava, em diversas situações, ter absoluta certeza de que esses homens pelos quais se apaixonava não a desejavam. Quando indagada sobre como tinha certeza de tal fato, E. associou essa percepção a um "complexo de inferioridade" que possuía.

A partir desse depoimento, fica patente que, para a paciente, o outro nunca pode gostar dela. Aliás, não seria errôneo afirmar que, para E., é como se o outro tivesse tudo e ela, ao contrário, nada. Esses acontecimentos nos levam a hipotetizar que, enquanto o outro é colocado no lugar absolutamente fálico, a paciente se mantém no lugar da castração.

Sobre sua fantasia em relação à causa da doença, E. se expressou: "Sou muito religiosa. Pertencço à religião Batista, mas larguei há dois anos. O pastor me disse que eu ia apanhar muito na vida, mas depois ia voltar".

Percebe-se claramente, nesse depoimento, o quanto a paciente associa a doença a uma punição, por ter largado suas "orações a Deus".

O que se pode pensar é até que ponto a revolta da paciente com a religião não está associada a uma tentativa de expansão de sua vida afetiva e sexual. De uma certa forma, para a paciente, romper com a igreja significou romper com o pastor, com Deus e com seu pai, membro ativo da congregação evangélica. Ou seja, significou uma possível traição de uma mulher a homens poderosos, sendo, portanto, uma traição digna de punição. E, nesse caso, nada mais coerente do que uma punição no órgão "maculado", que ao mesmo tempo se situa próximo à região sexual genital, ou seja, no útero.

Reparamos que essa fantasia de punição encontra-se presente em toda a história da paciente. Esta, sempre que se sente desobedecendo a uma ordem, vivencia uma espécie de castigo. Vale ressaltar, como exemplo, a situação ambivalente que E. experimentou ao procurar um tratamento homeopático, visto que, na sua fantasia, o Dr. A. iria rejeitá-la quando tomasse ciência desse fato.

Como outro exemplo dessa dinâmica inconsciente, podemos referir a relação que a paciente mantém com o pai, como alguém que a deixa caminhar na direção do que quer, mas rompe com a solidariedade no momento em que a paciente se envereda para realizar qualquer tipo de ação que infrinja minimamente a ordem estabelecida pelo pai.

Sobre a representação que a maternidade teria na sua vida, a paciente registra que o desejo de ter um filho se presentifica no desejo de que este venha a ser uma continuação ou desdobramento de si mesma.

Sendo assim, o filho é encarado "como um espelho, onde pode se olhar". Ora, parece-nos óbvio que a possibilidade de maternidade, para E., é vista como uma forma de identificação narcísica. O fato dela precisar de um filho para se reconhecer enquanto imagem nos fornece uma pista, no sentido de que talvez a paciente ainda encontre-se aprisionada na identificação primária, não ascendendo à identificação secundária e, por isto mesmo, não podendo trilhar o caminho da feminilidade e, conseqüentemente, o da maternidade. Nesse sentido, é conveniente nos reportarmos a Freud (1931), quando afirma que essa primeira relação da menina com a mãe é tão forte que algu-

mas mulheres ficam detidas a esse momento e sequer chegam a se voltar na direção dos homens.

Parece-nos que a possibilidade de gerar um filho está a serviço do próprio reconhecimento da paciente. Percebe-se, por exemplo, que na sua vida E. vive relações duais, onde o terceiro nunca está presente.

Segundo a paciente, existem requisitos básicos para o exercício da maternidade. Quando indagada sobre que requisitos seriam esses, E. não encontrou respostas, mas prontamente elucidou um questionamento sobre o que ela própria tem a oferecer a um filho. Nesse sentido, E. parece menosprezar alguns sentimentos, tais como amor, carinho e paciência, que diz possuir, ao mesmo tempo que supervaloriza algumas condições imprescindíveis para o exercício da maternidade, que ela declara não ter. Assim, podemos inferir que a paciente não vê para si o destino da maternidade, pois não se acha capaz de completar um filho.

Tal fato ocorre porque, na verdade, admitir que um filho possa representar a possibilidade de uma completude assegura imediatamente o encontro com a castração, visto que só se pode completar o que é por natureza incompleto. Portanto, para E., assim como para todas as mulheres, ter um filho traz o reconhecimento da própria castração, fato esse que nossa paciente, dentro de sua dinâmica psíquica, deseja ocultar.

Sobre a infertilidade, E. relatou: "Sentir que meu útero não funciona é como perder um parente; ou se fica chorando para sempre, com os retratos espalhados pela casa, ou se constrói alguma coisa em cima, depois do luto". Nesse depoi-

mento, a paciente parece-nos indicar que a perda da possibilidade da maternidade, por mais dolorosa que seja, pode ser superada, o que nos aponta para um bom prognóstico.

4.3 — O atendimento clínico no consultório: possibilidades, ou de como encontrar a saída...

A partir do atendimento especial, realizado na instituição, ficou patente que a paciente necessitava de uma psicoterapia. A justificativa para o desenvolvimento de tal processo se apóia na premissa de que o conhecimento da biografia da paciente, bem como de sua história, contribui para o entendimento do significado de sua patologia, perante sua vida, o que nos permite, em última instância, compreender como a paciente enfrentava a sua doença e, assim, traçar o seu diagnóstico e prognóstico. Além desses objetivos, parece claro que o processo psicoterápico funcionaria tendo seus pressupostos orientados por uma psicoterapia breve, de base analítica, como propôs Fiorini (1982).

Dessa forma, podemos dizer que a proposta de um atendimento psicoterápico a E. visava principalmente:

- . apoiar a paciente nesse nova etapa da vida, diante da impossibilidade de exercer sua maternidade;

- . decodificar, à luz da biografia da paciente, o significado de sua patologia, bem como apontar conflitos inconscientes que porventura estivessem impossibilitando o pleno

exercício de sua feminilidade, no que se refere à questão da maternidade.

Com estes objetivos, iniciamos um processo psicoterapêutico em 1988, logo após o término do atendimento especial realizado na Santa Casa do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que a paciente ainda se encontra em atendimento psicoterápico até a presente data, sendo o enquadre atual delimitado em duas sessões semanais.

Durante todo esse processo, algumas questões da vida da paciente puderam ser aprofundadas, como por exemplo, a que tange à sua relação familiar.

A cada instante do processo, E. denotava ter uma configuração familiar bastante específica. Assim, parecia-nos a cada dia mais óbvio que, se de um lado o pai da paciente era uma figura presente, tal qual o tinha sido na internação da filha, de outro, a mãe era tida como uma figura ausente. Tal situação se presentificou concretamente no processo terapêutico, na demora da paciente em falar de sua mãe.

Ficou claro que o caminho para atingir essa relação materna foi o constante trabalho na relação da paciente com seu pai.

Sobre este último relacionamento, E. o descreve como "tumultuado" e "cheio de brigas". Na verdade, a paciente relata um pai autoritário, que quase não lhe permite "fazer nada do que deseja", achando sempre que tem razão.

Nota-se que a paciente mantém uma relação afetiva muito forte com seu pai, mas externamente essa relação é traves-tida por uma série de brigas e disputas pelo poder. A paciente

se descreve como sendo exatamente igual ao pai, ou seja, "tinhoso", "acha que é dono da verdade" e, por essa razão, considera que não se dão bem. Sobre essa relação, ela depõe: "Eu e meu pai somos muito iguais, por isso nunca vamos dar certo. Ele não abre mão do que pensa e eu também não".

E. relata ter uma irmã, nove anos mais velha, médica, casada e que mora na Alemanha.

Ao descrever sua relação com essa irmã, fica patente que, para a paciente, a irmã representa o seu ideal, ou seja, para ela a irmã era "apenas dotada de coisas boas", enquanto ela, E., se colocava no lugar da desvalorização, isto é, daquela que não tinha nada. Na tentativa de entender esse sentimento que E. vivenciava com relação à sua irmã, emergiram recordações de infância, onde a todo instante a família colocava a filha mais velha como possuidora de direitos, enquanto que à filha mais nova, a paciente, restava apenas se contentar em abster-se de qualquer prazer, com vistas a sustentar o desejo de sua irmã.

Tal dinâmica familiar se presentificava concretamente em várias situações, como por exemplo, quando a irmã da paciente fez sua opção vocacional pela Medicina e todas as atenções se voltaram unicamente para a realização do desejo dessa filha.

Nesse sentido, não podemos esquecer que trata-se de uma família que não possui uma situação sócio-econômica estável e, por essas razões, qualquer privação era justificada pelo desejo de ver a filha mais velha alcançar um status superior. Ficou claro que o desejo desses pais encontrava-se investido no desejo de que a filha mais velha viesse a ser "al-

guém na vida".

Assim, segundo relata a paciente, desde muito cedo essa separação foi feita. Sua irmã foi um bebê desejado e querido por seus pais. Segundo E., foi uma criança que tudo teve; foi alguém que veio ao mundo marcado para vencer.

A paciente, ao contrário, relata a história de seu nascimento como um descuido por parte de sua mãe. Refere-se a várias tentativas de abortos mal sucedidos que sua mãe teria provocado. Diz, no entanto, que foi mais "forte". Tal fato nos sugere que a paciente se viu diante de uma briga inconsciente entre, de um lado, a existência do desejo de sua mãe de que ela morresse e, de outro, o seu desejo de viver.

Relata ainda que, quando nasceu, sua mãe quase morreu de parto, tendo que ficar internada durante algum período de tempo.

Percebe-se que, enquanto sua irmã foi desejada, querida; enquanto sua irmã venceu, progrediu, E. teve que lutar contra o não-desejo, assumindo o lugar de alguém que veio para fracassar, para machucar o outro, assim como, na sua fantasia, machucou sua mãe.

A partir daí, tentamos entender a doença de E. como um auto-ataque, ou seja, como uma defesa contra um possível ataque ao outro. Pareceu-nos lógico que E. portava um enorme sentimento de raiva por sua mãe, sentimento esse recalçado no inconsciente, mas que se deflagrava na atuação corporal de E. Assim, a paciente, ao invés de atacar sua mãe, atacava seu útero, sua possibilidade de ser mãe.

Nesse ponto, há que se pensar na infertilidade en-

quanto uma resposta, uma expressão da raiva que a paciente sentia pela mãe. Atacar o útero é, portanto, atacar a possibilidade de se identificar com sua mãe.

Além do mais, surge outra questão: Como pode E. desejar um filho, desejar ser mãe, se não se sentiu desejada? Como pode seu ventre falar de um desejo, se sua vida fala de uma angústia de sobrevivência? Como pode falar de vida, se o que viveu foi a morte?

De certa forma, ficou evidente que E. existia enquanto sombra de sua irmã, enquanto possibilidade de sustentação do gozo do outro. Tal situação fica patente na própria escolha dos nomes de batismo das irmãs. Como pudemos perceber, a diferença entre eles era apenas de uma letra. Essa confusão de nomes, que era comum ocorrer no dia-a-dia, no relacionamento com as pessoas, revelava o quanto a irmã mais velha servia como um suporte identificatório para a nossa paciente. Tal situação se concretizou em dois aspectos. Primeiro, surpreendeu-nos o fato de que essa irmã também era infértil e portadora da mesma patologia de E. Ora, o que representaria tal situação? Por que E. precisaria repetir a história de sua irmã? Essas são questões que nos fizeram supor que, em algum nível, se processava uma identificação histérica entre as duas irmãs.

Se analisarmos alguns aspectos da vida desta paciente, iremos nos deparar com a constatação de uma baixa auto-estima. Assim, por exemplo, reparamos que qualquer ganho que a paciente experimentava era imediatamente vivido como incompreensível. Notávamos que E. demonstrava um sentimento de culpa por ter crescido e, com isso, ter ganhos.

Assim, por exemplo, ao ganhar uma bolsa de estudos para a Alemanha, a paciente refere que "não sabe como isso aconteceu", acha que foi um "presente do céu". Sente-se culpada perante os colegas que não a obtiveram e acha que a comissão julgadora cometeu uma injustiça ao "presenteá-la". Foi possível notar, nessa ocasião, que E. realmente não conseguia sentir esse ganho como fruto do investimento de seus estudos e trabalho. Para E., é como se ela não tivesse nada de bom para ser reconhecido.

O que se pode hipotetizar acerca dessa dinâmica psíquica da paciente é que esta encontra-se dentro de um funcionamento histérico, ou seja, parece-nos que E., assim como toda histérica, ao descobrir-se castrada, mantém-se na direção de alguém que lhe diga que ela vale, mesmo sem ser portadora do pênis. Nesse sentido, na verdade, E. se pergunta: Como alguém que não tem pode ser objeto de desejo do outro?

Parece-nos que para E. é difícil aceitar que o outro pode reconhecê-la e amá-la, apesar de sua castração.

A partir do desenvolvimento do processo psicoterapêutico, uma outra questão se colocou. Como pode E. "ter ganhos", gozar na vida, desejar, se em toda sua história se colocou no lugar da perda, no lugar da castração, ou ainda, no lugar da sustentação do desejo do outro, o lugar da morte?

Reparamos o quanto esse não-desejo vivido na relação da paciente com sua mãe perpassa todas as situações de sua vida. Dessa forma, nos relacionamentos sentimentais que mantinha, E. sempre experimentava a sensação de ser abandonada. O que há para se ressaltar em relação a esse fato, é que E. pa-

recia procurar, ainda que inconscientemente, relações difíceis, geralmente com homens comprometidos, ou ainda, com homens que demonstravam um certo rechaço em relação à sua pessoa.

O que E. queria nos dizer? Investigando mais cuidadosamente tal situação, deparamo-nos com a vivência de relações triangulares. Reparámos que E. sempre se apaixonava por homens casados, noivos ou compromissados, assumindo, assim, sempre o papel da amante, ou seja, do terceiro.

Tudo nos leva a crer que essa talvez seja uma das chaves para o nosso enigma sem solução... } Parece-nos que E. ainda se mantinha no lugar da disputa inconsciente com sua mãe, ou ainda, mantinha-se presa à sedução da proibição desse pai.

Um outro aspecto que merece nossa atenção diz respeito à intensificação do desejo sexual da paciente.

E., após ter ciência de sua impossibilidade de engravidar, apresentou uma certa exacerbação do comportamento sexual. Assim, decidiu ter a sua primeira relação sexual com um rapaz que era noivo e que pouco conhecia, alegando que "dessa forma ia ser mais fácil". Há que se pensar, no entanto, por que a paciente precisava acionar uma defesa psicológica, ou seja, a racionalização, para viver a sua sexualidade.

Além do mais, observou-se que, para a paciente, o afeto encontra-se totalmente dissociado da possibilidade de ter prazer. No desenvolvimento habitual da sexualidade, a mulher necessita de um alibi, o amor, para se assumir enquanto desejante. Já o homem, precisa dissociar o amor do desejo. Nesse contexto, o que se pode observar é que houve uma inversão, isto é, a paciente parece, assim como no caso da histérica, ter

dissociado a questão do afeto e do prazer, atuando no concreto, colocando-se no papel de amante e escolhendo um homem para ser seu parceiro sexual.

O que se pode constatar, de certa forma, é que a impossibilidade de ser mãe desencadeou um comportamento maníaco da paciente com relação a sua sexualidade. Nesse aspecto, cabe-nos refletir sobre a possível relação entre a infertilidade e a vida sexual da mulher, ou seja, devemos nos indagar sobre quais as implicações, na vida sexual, da impossibilidade de gerar filhos.

A partir dessas questões, é preciso entender qual o significado da voracidade de E., que encarava qualquer relação com um homem como sendo uma possibilidade de realização sexual. Nesse sentido, podemos observar que a paciente apresentou comportamentos de sedução extremada, procurando se relacionar sexualmente com homens com os quais, na maior parte das vezes, não mantinha nenhum envolvimento afetivo.

Ficou-nos que, possivelmente, essa voracidade de E. estava relacionada à vivência da castração. Parece-nos que, ao descobrir que era infértil, E. pôde enveredar na trilha da feminilidade. Ora, isso nos faz pensar que, de certa forma, a maternidade, ainda que socialmente ou psiquicamente, representa a possibilidade da completude, ou seja, da falicidade. Reparamos, no caso em pauta, que só quando, por alguma razão, essa possibilidade é rompida, isto é, quando a castração quase que operou-se a nível do real, só a partir daí E. pôde ascender à sua condição de ser desejante. Isto porque, talvez, tenha havido uma mudança na falicidade contida no significante

materno, para a introjeção da castração e, portanto, aí se dê o conseqüente desabrochar do significante ser mulher, apontando para o exercício enérgico da sexualidade.

Voltando ao caso em pauta, ficou-nos uma questão: Será que a infertilidade trouxe para a paciente a possibilidade de operar sua castração no real? E mais, se isto de fato aconteceu, devemos nos reportar ao complexo de Édipo na menina e repensar qual o caminho que E. trilhou: o da forclusão ou a via da perversão?

No que tange ao seu destino, a paciente se diz predestinada, tal qual Édipo, a cumprir "a sua cruz". Assim, E. descreve como sendo sua sina cuidar das pessoas, especialmente do pai e da mãe. Relata que se preocupa demasiadamente com seu pai, pois este apresenta algumas queixas como insônia, taquicardia e dor no peito. No entanto, percebe-se que E. não relaciona tais sintomas como conseqüentes de uma doença orgânica. Na realidade, chama-nos atenção que, ao mencionar esses sintomas, a paciente o faz com raiva, como se, na verdade, ao exteriorizar uma dor, esse pai se colocasse num lugar proibido: o lugar da castração.

Notamos que, talvez por essa razão, a paciente associou as queixas de seu pai a um declínio de sua masculinidade. Nesse sentido, ela supõe que seu pai esteja, na verdade, enfrentando problemas sexuais pertinentes a sua idade, como por exemplo, impotência sexual. É interessante notar que E. alude a essa explicação exatamente na mesma época em que decide iniciar sua vida sexual, o que nos faz supor que, de certa forma, foi preciso que seu pai fosse destituído do emblema fálico pa-

ra que a paciente pudesse se voltar na direção de outros homens.

Ainda sobre essa relação, E. a descreve como sendo uma "ligação forte e intensa". Nota-se que a paciente percebe seu pai como uma figura protetora, uma pessoa que resolve tudo. Daí decorre que, para E., a figura masculina é sempre marcada pela superioridade, o que gera privilégios especiais.

Na sua história, podemos observar que E., diante da omissão do desejo da mãe, encontrou no pai um substituto. No entanto, essa ligação intensa com o pai, que pode ocorrer na infância, quando por alguma razão a menina não encontra na mãe uma relação de amor, produz uma tendência à infantilização, bem como propicia na menina um temor à sexualidade, fato que pode ser explicado pela via da repressão. Nesse sentido, Freud (1924) enuncia que, diante de uma forte ligação do pai para com a filha, quando esta encontra-se, então, no período de latência, parece ocorrer um forte mecanismo de repressão e, então, o pai passa a reforçar comportamentos masculinos na menina. Tal situação se presentifica pelo intenso companheirismo que se desenvolve entre pai e filha, o que se traduz numa substituição defensiva de uma relação amorosa. Assim, na puberdade, tanto o pai quanto a filha negam o aspecto erótico da relação, o que produz uma rejeição imediata que fica, de certa forma, associada à rejeição das características sexuais femininas, como por exemplo, a negação do crescimento dos seios e o aparecimento da menarca. Essa situação produz um profundo ódio na menina e, na tentativa de resgatar o amor do pai, ela se vê forçada a inibir a sua sexualidade.

Ao nos depararmos com a história de E., podemos hipotetizar como sendo esta, exatamente, a situação com a qual a paciente se deparou.

Dessa forma, podemos entender a dificuldade de E. de manter sua primeira relação sexual, como sendo uma saída para o dilema que se instalou na relação com seu pai.

Já sobre a necessidade de proteger sua mãe, E. justifica tal fato relacionando-o às suas características pessoais. Percebemos que E. descreve sua mãe como uma pessoa que se apresenta "forte por fora, mas extremamente fraca por dentro". A partir de seu relato, notamos, entretanto, que E. mantém com sua mãe uma relação extremamente fria e indiferente, o que nos leva a pensar que, na busca identificatória, essa mãe não é tomada como um modelo sério. A paciente descreve essa relação como sendo marcada por sentimentos ambivalentes. De um lado, diz "adorar sua mãe", mas relata que, especialmente no período pré-menstrual, briga muito com ela.

Esse depoimento talvez nos leve a constatar o ressentimento da paciente para com a sua mãe, ressentimento este que é marcado pela denúncia da castração que a menstruação faz emergir. Parece-nos evidente que E. expressa em suas brigas, a decepção com a mãe; decepção porque esta não lhe dotou do que tanto esperava: o pênis.

A menstruação evidenciaria essa marca: de um lado, a marca da perda do pênis e, de outro, a marca da perda da possibilidade da maternidade.

O que há para se discutir nesse destino que a paciente se impõe, é que a conseqüente esterilidade, que se apresen-

ta como sintoma, parece estar de certa forma relacionada ao fato de que, assim como Deutsch (1945) enuncia, a paciente se viu forçada, a nível inconsciente, a assumir o papel da maternidade em outras relações, tornando-se mãe por segunda via.

Dessa forma, podemos dizer que essa extrema proteção que E. apresenta para com seus pais se encaixa perfeitamente como uma peça no mosaico de seu destino inconsciente, pois, diante da dificuldade de encarnar a possibilidade de ser mãe, a paciente substituiu o lugar do filho por uma relação com os pais; uma relação marcada pelo cuidado extremo e, conseqüentemente, pela dependência destes em relação a ela.

Aliás, se examinarmos cuidadosamente as relações que E. mantém, iremos nos deparar com amizades que a paciente cultiva e que são geralmente caracterizadas pela dependência dos outros em relação à paciente. Assim, é comum ouvir E. se queixar que seus amigos lhe procuram sempre para se aconselhar, pedindo ajuda para resolver seus problemas.

O que se pode perceber é que, nessas ocasiões, não só a paciente se mantém num lugar fálico, como também apresenta-se receosa de vivenciar qualquer outra possibilidade de relação. Tal sentimento encontra explicação no medo que a paciente experimenta de ser dependente de alguém, o que significaria, para ela, se colocar na mão do outro, o que gera angústia.

Reparamos que tal fato relaciona-se, também, com o medo de envolver-se emocionalmente com um homem, um trabalho, ou mesmo com a terapeuta.

Quando tentamos investigar a raiz de tal fato, nos deparamos com a angústia de E. frente ao "medo de se perder no

outro", ou ainda, ao "medo de se confundir e enlouquecer". Percebe-se que a paciente enfrenta dificuldades de desenvolver qualquer relação dual, sob pena de se misturar a esse outro e se fragmentar.

Nesse sentido, emerge uma indagação: Por que E. apresenta essa vivência do medo do despedaçamento?

A fim de problematizar essa questão, devemos nos reportar à discussão da possibilidade que uma criança tem de assumir uma posição masculina ou feminina. Dentro dessa escolha, sabemos que cabe à função materna estruturar o narcisismo, enquanto que à paterna cabe permitir a escolha no decurso do Édipo.↓

Se, com o declínio do Édipo, uma mulher assume uma posição feminina, poderá, com a maternidade, realizar, através da equivalência fálica, seus desejos e anseios. Esses desejos maternos, que se constituem no ideal do ego dessa mulher, resultam do declínio do seu processo narcísico. Sendo assim, essa mulher estaria revelando o seu desejo de ser mãe através do filho. Mas esse processo não é tão simples como nos parece à primeira vista, isto é, para entendermos como uma mulher pode ascender à possibilidade de tornar-se mãe, devemos atentar para como ela elaborou as perdas relativas ao enfrentamento da castração, e como processou uma imago identificatória. É preciso, pois, compreendermos como se deu, para a nossa paciente, a significação do que é ser mulher e mãe, numa alusão às imagens que ancoram essa identificação. /

Ora, sabemos que o lugar da mãe é um lugar vazio, resultado de uma equação simbólica, que só pode ser entendido

enquanto função. Se, por alguma razão, a mãe não vive a castração, o bebê será seu fetiche, sua ilusão de completude, ou seja, um "tapa-buraco" da castração. Dependendo da situação, essa mãe pode agir de forma a não permitir que a criança se forme, no espelho, enquanto imagem. Geralmente, o que ocorre é que o filho fica aprisionado à mãe e, diante da necessidade de preencher o vazio desta, não consegue elaborar sua própria imago, permanecendo, assim, com um ego despedaçado.

É exatamente nessa situação que a paciente se viu enredada, ou seja, exatamente por se constituir, dentro de uma estrutura frágil, um ego narcísico, E. vive, sob qualquer experiência de frustração, a ameaça de fragmentação.

Cientes dessas razões, podemos entender como se processam os relacionamentos amorosos de E. Reparámos que esta mantém relações platônicas, geralmente com homens mais velhos, sempre dentro de uma situação conflitiva, configurando uma triangulação. Percebemos que, para a paciente, a escolha do parceiro ou encontra-se associada à impossibilidade, pois E. relaciona-se sempre com homens comprometidos, ou apresenta-se consonante com a função do pai protetor. Às vezes, E. também se sente seduzida por um parceiro que, para ela, encontra-se numa situação inferior, quer seja profissional, social ou economicamente. Tal escolha está a serviço de uma inveja fálica, isto é, procurando homens "desembleados" E. consegue se manter dentro dessa relação no lugar daquela que tem algo, ou seja, no lugar fálico.

Na verdade, a procura de um homem, para a paciente, está a serviço não do desejo em si mesmo, mas, ao contrário,

encontra-se aprisionada na sedução da possibilidade de experimentar o que é ser mulher para um homem.

Nesse sentido, a busca da figura masculina se remete a uma tentativa que a paciente faz de alcançar o lugar da feminilidade.

//Já que a mãe não pode dar conta da resposta ao enigma do que é ser mulher, visto que também encontra-se castrada, só resta à menina se voltar na direção do homem para resolver esse conflito. Sendo assim, só o desejo de um homem pode servir de suporte para organização da feminilidade.

Podemos supor que o que se presentifica no caso em questão é que, de fato, a paciente não deseja nenhum homem, o que ela busca é um suporte identificatório, ou seja, alguém que diga o que ela é, e não que a deseje.

O que se pode aferir é que E. caminhou na direção de uma identificação histórica e, nesta medida, podemos hipotetizar que a aparente busca de um objeto sexual é, na verdade, uma busca de um modelo identificatório. Assim, E. prossegue seu caminho, submersa numa confusão entre a quem tomar como modelo identificatório e a quem escolher enquanto objeto de seu desejo. Nesse sentido, procura identificar-se com seu pai porque, no fundo, necessita participar do desejo do homem para buscar o que é ser mulher.

Toda a história de E. nos leva a pensar que ela não pode desejar um homem, desejar um pênis, porque essa situação a conduziria imediatamente a um lugar degradado, lugar este que a própria mãe aponta. Nesse sentido, só restou à paciente a saída de se dirigir ao pai, não para lhe pedir um pênis, mas

para que ele lhe diga o que é ser mulher.

No entanto, diante do fracasso desse pedido, diante da impossibilidade de ver marcada a diferença, E. parece ter vivido uma recusa e, ao mesmo tempo, uma esperança, que a levou a negar sua sexualidade e talvez até a desenvolver o complexo de masculinidade, através dessa via identificatória paterna.

É por essa razão que E. não pode ocupar o lugar do desejo do outro. Ela não pode funcionar no seu corpo como causa do desejo para alguém, porque, conseqüentemente, isso significaria que é castrada. Assim, a paciente prossegue mantendo relações triangulares que funcionam como uma defesa, na medida em que, dentro dessas relações, a paciente não se vê como objeto de desejo do outro e, portanto, não vê o outro como desejante, ou seja, faltoso.

Na história da paciente, percebemos, por exemplo, que esta venera os homens, colocando-os numa posição fálica. Quando, por alguma razão, E. descobre que este homem não tem o falo, experimenta um sentimento de desilusão e imediatamente desiste da relação.

Através desse mecanismo, podemos entender porque E. se apaixona por homens que não a desejam; homens que são "fortes" e "decididos". Dessa forma, E. cria um ideal de ego masculino, se tornando uma tarefa penosa para ela reconhecer que um homem pode desejá-la. Quando, por alguma razão, os homens com os quais se relaciona demonstram desejo em relação a ela, desiste da relação, dizendo-se insatisfeita "porque nenhum homem vai ter o que ela quer". Tal fato ocorre porque, na medi-

da em que o outro é desejante, E. reconhece que esse outro é tão incompleto quanto ela, fato que a nível inconsciente deseja ocultar.

Sobre essa dinâmica específica de E., podemos afirmar que a paciente só ama o que não tem, ou seja, o que está supostamente pleno. Em algumas situações, quando o outro manifesta desejo em relação a ela, ocorre um desinteresse da relação, pois põe-se por fim a fantasia de plenitude.

Um aspecto que merece nossa atenção é que essa dinâmica inconsciente específica do funcionamento psíquico da paciente parece também já estar pré-destinada, inclusive na escolha do seu próprio nome. Em primeiro lugar, chama-nos a atenção que a paciente apresenta um nome que não tem nenhuma conotação masculina ou feminina, isto é, seu nome de batismo tanto pode ser usado para um menino quanto para uma menina. Isso nos leva a pensar que talvez E. tenha representado uma decepção para sua mãe, isto é, talvez o nascimento de uma menina tenha sido encarado como a impossibilidade dessa mãe de ter acesso a um falo.

Outro aspecto que nos impressiona quanto à escolha do nome da paciente, diz respeito ao próprio significado do nome. O nome em questão aponta para um sinônimo de reis, príncipes, ou ainda, expressa um "título dos chefes de certas tribos ou províncias muçulmanas" (Holanda, 1986).

Ora, há que se pensar que, como Lacan (1979) enunciava, quando a criança nasce, já pega o bonde andando, ou seja, já traz sobre si uma série de expectativas sobre o seu destino. Nesse sentido, Freud, em 1914, afirma que uma criança "se-

rã mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação - 'Sua Majestade, o Bebê', como outrora nós mesmos nos imaginávamos". Assim, prossegue ele, uma "criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram" (ESB, 1974, Vol.XIV, p.108).

O que há para se pensar é se, no caso em questão, o sonho dos pais da paciente apontaria para uma demanda de felicidade que E. se viu forçada a realizar. Nesse sentido, ficamos com uma questão: Como, então, pode alguém que veio para ser rei e príncipe, se colocar numa posição de plebeu, ou seja, se colocar na posição da castração e, conseqüentemente, da maternidade?

Não estaria a esterilidade significando aqui, exatamente, a tentativa de manter ilusoriamente a completude, ou seja, o que não precisa gerar, repartir, germinar?

Exatamente por todas essas razões, podemos afirmar, quanto à dinâmica do psiquismo da paciente, que esta parece se colocar num lugar fálico e se mostra ansiosa toda vez que se depara com sua fragilidade.

Assim, é comum, por exemplo, E. não aceitar seus limites, achar que tem sempre razão, ou ainda, se colocar como uma pessoa que vai resolver os problemas alheios.

Nesse sentido, a paciente declara que é muito procurada por seus amigos, porque estes acham que ela "tem sempre uma resposta para tudo".

Reparamos que qualquer situação que rompa minimamente com esse padrão angustia E., ou seja, quando alguém não a olha dentro dessa *Gestalt* de possuidora do falo, a paciente apresenta uma angústia de despedaçamento, a angústia de castração.

Tomemos, por exemplo, quando a paciente assistiu o filme "Instinto Selvagem". Após discutir exaustivamente a fita com os amigos, não pôde aceitar que esta não tivesse um final delineado.

No entanto, essa tendência a querer "fechar tudo" também se presentifica no próprio processo terapêutico.

Dessa forma, não é incomum o movimento da paciente de esperar interpretações conclusivas por parte da terapeuta. Nota-se que, diante do não atendimento de tal demanda, E. mostra-se angustiada.

Esse sentimento se traduz no medo de perder o controle sobre a terapeuta e sobre si e, conseqüentemente, enlouquecer.

Como não poderia deixar de ser, tal vivência emergiu numa produção inconsciente, ou seja, num sonho. A paciente relatou que teve um sonho de angústia: viu-se numa construção de um edifício, um lugar totalmente abandonado. Encontrava-se, na verdade, dentro de um elevador que subia nos andaimes, mas que não freiava. Relatou ter sentido muito medo, pois sabia que esse elevador não tinha teto e não tinha fim.

Após algumas associações, pudemos perceber que essa denúncia inconsciente apontava para o medo de E. de se deparar com sua própria castração. Medo este metaforizado no medo da morte, ou ainda, no medo da perda do controle ou da loucura.

Talvez a evitação do contato com a castração nos forneça algumas pistas para entender o caminho identificatório percorrido por E. e, ainda mais, talvez nos ajude a compreender por que a infertilidade se delineou como um destino cego para E.

Percebemos, no comportamento de E., que esta mantém-se dentro de um funcionamento histérico, na medida em que mantém a ilusão de ser completa, desprezando, assim, qualquer tentativa que possibilite o encontro com a castração. Um exemplo a que se pode aludir tal comportamento é a angústia vivenciada pela paciente na sua vida profissional, dentro da prática docente. Enquanto professora de língua estrangeira, E. reclama frequentemente de "alunos que não conseguem aprender, ou ainda, de alunos que tudo questionam". É comum nos depararmos com a angústia da paciente frente a situações que apontem para a "falta" dos alunos.

No que tange a essa questão, podemos perceber que E., ao se deparar com a "falta" de seu aluno, tenta a todo custo tamponá-la, evitando que sua própria falta emerja. Assim, podemos reparar que a paciente, embora ideologicamente contrária a uma postura tradicional de ensino, acaba por utilizá-la na sua relação com o aluno. Já que não encontramos justificativa para esse ato nas convicções teóricas da paciente, podemos relacionar tal postura a um dinamismo inconsciente próprio. Dessa forma, na medida em que E. não pode absolutamente lidar com sua castração, mantém-se numa posição fálica, o que acaba por acarretar uma postura onipotente na relação docente. Percebe-se que, enquanto profissional, E. se cobra respostas para todas as perguntas e se vê compromissada com uma exigência irreal. Na verdade, percebemos que E. tenta, de diferentes maneiras, tamponar as dificuldades de seus alunos, fazendo com que eles se sintam "completos e satisfeitos" com o aprendizado, na tentativa de não se deparar com a própria falta. Repa-

ramos que E. se encontra em consonância com uma postura ética de educação, dentro de uma concepção aristotélica onde cabe ao professor atender à demanda de ilusão do aluno, Assim, se faz um pacto. De um lado, E., por seu funcionamento psíquico específico, se vê na direção do atendimento da demanda da felicidade de seus alunos. Nesse sentido, encontra na promessa do sucesso, ou seja, da felicidade, um antídoto contra as angústias que os alunos possam vivenciar, o que, conseqüentemente, pode denunciar a sua própria angústia. Percebemos que, nessa relação, a paciente se coloca numa posição idealizada. Quando comete falhas, é cruel consigo mesma, e então se questiona se merece estar nesse lugar.

Percebemos que E., no caminho de uma busca identificatória, mantém alguns colegas de profissão como modelos de perfeição. A eles é relacionado tudo que é da ordem do infalível, do completo, da sapiência. Quando, por algum motivo, essa perfeição sustentada é rompida, percebe-se que E. se vê diante de uma profunda decepção. Como exemplo, podemos citar uma situação específica, em que a paciente teve a oportunidade de presenciar um diretor internacional, responsável pelo instituto de aprendizado dessa língua no Brasil, cometer erros em sua fala. O que se pôde verificar é que E. não se conformava com tal situação.

Ainda no que tange aos relacionamentos sentimentais, a paciente declara que "se sente mais à vontade quando estes são marcados por um descompromisso". Assim, não é incomum ver E., ao se deparar com a possibilidade de um relacionamento, assumir uma postura que, aparentemente, se distancia de qualquer

envolvimento afetivo.

Ao relatar seus relacionamentos, E. se descreve como sendo uma "puta". Quando indagada sobre o significado desta referência a si mesma, percebemos que a paciente se justifica inicialmente pela variedade de homens com quem se relaciona, mas ao aprofundarmos melhor essa questão nos deparamos com depoimentos que apontam para uma associação entre o fato de "ser puta" e ter prazer. Assim, E. se considera "puta" porque pode gozar e, mais ainda, porque gosta de ter prazer com homens com os quais, na verdade, não mantém nenhuma relação afetiva.

Percebe-se que, para a paciente, ser mulher significava não ter acesso ao prazer. Quando discutíamos acerca do motivo porque E. achava que mulheres não têm prazer, deparamo-nos com uma associação com a maternidade. Assim, dizia E.: "Mulheres que podem ser mães são trepam de uma determinada forma e, por isso, não gozam". Parece-nos que, para E., a possibilidade da maternidade exclui a tentativa de viver um gozo no ato sexual.

De maneira geral, podemos perceber que a vida amorosa de E. é inconstante. Talvez possamos compreender melhor a dinâmica de tal comportamento na medida em que atentarmos para o lugar em que E. se coloca perante essas relações. A paciente frequentemente se pergunta como alguém que não tem pode ser objeto de desejo do outro. Por essa razão, parece se colocar numa postura sedutora, estimulando o querer sobre ela, mas reafirmando a impossibilidade de que alguém a tenha.

Interessante notar que, assim como Dora (Freud, 1905),

E. parece caminhar na direção de uma busca identificatória numa outra mulher.

Assim, notamos que, nos relacionamentos triangulares que mantém, a paciente sempre encara a outra mulher como se fosse um "espelho que fosse lhe ensinar o que é ser mulher".

Observa-se que essa outra mulher vale para a paciente pelo que esta supõe que ela saiba. Talvez aqui fundamente-se uma relação entre o acionamento da estrutura histérica e a feminilidade.

Na verdade, buscar um relacionamento triangular significa, para E., uma tentativa de saber o que quer saber, ou seja, saber sobre a feminilidade, sobre o que é ser mulher. No entanto, percebe-se que, se por um lado há esse desejo, por outro E. não suporta saber, porque assim entraria em contato com a própria castração. Note-se que essas relações triangulares talvez estejam a serviço de uma formação de compromisso.

Ao caminhar na direção de relações onde não é amada, E. mantém seu desejo insatisfeito, pois, dessa forma, consegue manter a ilusão de ser completa. Assim, podemos dizer que a paciente despreza a sua falta, pela impossibilidade de assumir a castração simbólica e, com isso, mascara narcisicamente a sua carência.

Indo um pouco mais além, diríamos que E., através da manutenção do seu desejo insatisfeito, silencia a pergunta básica da diferenciação sexual.

A questão fundamental da paciente, a indagação do que é ser mulher, aponta-nos, ainda, para a sua impossibilidade de responder para si mesma o mistério da feminilidade.

Porém, não podemos nos esquecer que E. acredita que a resposta a essa pergunta, outras mulheres a detêm. Por esta razão, entendemos o movimento de E. perante outras mulheres; uma postura de êxtase e contemplação e, por que não dizer, uma adoração do mistério que ela pensa que outras mulheres guardam.

Dessa forma, podemos supor que toda tentativa de identificação de E. se dá pela cópia de uma outra mulher. Assim, percebe-se que é comum, nos seus relacionamentos, E. idolatrar a mulher de seu companheiro. Então, sempre declara "querer ser igual a ela", pois admira a capacidade que essa mulher tem de "prender um homem".

Nesse sentido, uma de suas maiores decepções foi quando descobriu que a mulher de um parceiro, S., mantinha uma relação homossexual com uma amiga. Ao descobrir tal fato, E. manteve-se angustiada. Ao tentarmos entender a razão de tal decepção, deparamo-nos com a raiva de E. de ter se "espelhado em alguém que na verdade não é mulher". Essa raiva pode ser entendida, também, se levarmos em consideração o horror que essa situação deflagrou, pois, diante dessas circunstâncias, E. se viu obrigada a reconhecer, nessa outra mulher, a alienação da própria falta, ou seja, ao descobrir que S. mantinha uma relação homossexual, E. deparou-se imediatamente com a castração, o que a remeteu à sua própria condição e, certamente, gerou angústia.

Diante dessa situação, o que se procedeu é que E. passou a se dirigir a S. com olhar de desprezo.

No entanto, um exame mais apurado da questão nos apontou para o medo que E. experimentava de vir a manter uma rela-

ção homossexual. Tal medo se intensificava na medida em que ela própria se atribuía as mesmas características dessa mulher, ou seja, parece que essa busca identificatória poderia estar lhe conduzindo para o caminho da homossexualidade.

Nesse sentido, Lacan (1956) nos é esclarecedor, quando afirma que a histérica aborda o desejo homossexual por identificação com alguém do próprio sexo masculino. Não nos parece estranho que a identificação com seu pai consista numa tentativa que a paciente, assim como Dora, utiliza para compreender por que uma mulher é desejável. Parece, também, não ser estranha a angústia que E. vivencia quando se depara com a homossexualidade da mulher na qual procura se espelhar.

Ainda sobre essa identificação narcísica com seu pai, podemos dizer que, ao identificar-se com ele, E. evita a catástrofe de entrar em contato com a castração simbólica. Podemos pensar que o que está em jogo é a posição do falo, e é através desse suporte duplo de identificação que E. mantém o seu desejo insatisfeito.

Entretanto, para compreendermos tal situação, devemos também nos reportar à relação de E. com a figura materna. Na história da paciente, percebemos que sua mãe não pode revelar o mistério da feminilidade, porque encontra-se descontente com sua incompletude. A mãe de E. é o que poderíamos talvez denominar de mãe fálica.

No processo do desenvolvimento da feminilidade, ao descobrir que a mãe não tem o falo, a menina se volta na direção do pai. Ao mesmo tempo, ela também descobre que a mãe disfarça sua falta e, aos olhos do pai, parece ter. No entanto,

tal fato só ocorre na medida em que a mãe primeiro renuncia a ser o falo, para parecer, mascarando assim sua carência. Sendo assim, para que a mulher busque no homem o pênis, enquanto fetiche do falo, e através dele possa ter um filho e exercer a maternidade, deve antes aceitar a sua própria castração; mas, ao mesmo tempo, para ser desejada, necessita parecer que tem. Situa-se aqui a gama dos fetiches femininos.

O que teríamos, no caso de E., é a seguinte situação: a paciente parece tentar imaginariamente manter-se identificada com o falo da mãe, na medida em que ela se coloca na posição de ser o falo para uma outra mulher.

Na verdade, podemos entender o mecanismo de E. através de uma leitura precisa de Perrier (1979) sobre a estrutura histérica. Assim, ressalta ele, através do descobrimento de que não tem o falo, a histérica se refugia em sê-lo, ocupando esse lugar e presentificando o falo no seu próprio corpo, ou seja, o falo incrustado através de um sintoma que representa corporalmente a castração imaginária.

Dessa forma, podemos entender a infertilidade de E. dentro de um quadro histérico, como uma marca que revela a própria castração, ou ainda, como algo que revela o rechaço com relação ao pênis, o que, de certa forma, serve para reafirmar a convicção de ser ela própria o falo. Parece-nos que o discurso, metaforizado e condensado, é expresso através da sintomatologia inscrita nesse corpo. Podemos, talvez, até afirmar que o objeto fetiche, encarregado de velar a falta, aparece inscrito no próprio corpo de E.

É dentro dessa dinâmica que se inscreve o labirinto

por onde segue E., interrogando-se sobre o seu dilema crucial, sexualizando a vida e histerificando a genitália, onde se marca exatamente a diferença.

Sobre esse sintoma que E. metaforiza corporalmente, ou ainda, a própria infertilidade, podemos inferir que esta se traduz num pedido de atenção, ou ainda, numa demanda de carinho e amor.

Nesse sentido, é possível afirmar que o corpo da paciente representa o suporte carnal do inconsciente.

Tomando como base esse pensamento, não é de se estranhar que E. porte exatamente no seu abdômem, na altura do umbigo, uma marca de nascença; uma marca que, segundo ela, é uma cruz; cruz essa que carrega na sua vida. No entanto, devemos nos indagar: A que morte essa cruz se remete, se não à impossibilidade de gerar filhos? Nesse sentido, há que se perguntar a que marca a paciente está se referindo: À marca de seu nascimento, ou seja, do não desejo? À marca da morte? À marca da castração?

Isso tudo nos leva a supor que existe algum fator agindo concomitantemente com a doença orgânica de E.; um fator que não é do próprio corpo. Há algo na doença não falada que nos remete ao não orgânico. Podemos afirmar que a esterilidade, ou o sintoma, quando não falados, se revelam como feridas num corpo maculado. Devemos, pois, caminhar na direção do caso em questão, visando entender a que a escolha do corpo, para inscrição dessa característica, nos remete. Certamente, podemos afirmar que a esterilidade de E. encontra-se referida a uma lembrança reminiscente dos primórdios da vida, como no caso das

histéricas; algo da ordem do fantasma, que por alguma razão não pode ser exteriorizado e que encontra escoamento na dinâmica corporal, permitindo, assim, o equilíbrio pulsional.

Ora, é sabido que a doença de E., pela sua mobilização, pode estar, por exemplo, a serviço de um novo equilíbrio dentro do sistema somato-psíquico. Nesse sentido, Freud (1920) esclarece, em *Além do Princípio do Prazer*: "Um grande dano físico, causado simultaneamente pelo trauma, diminui as possibilidades de que uma neurose se desenvolva" (ESB, 1974, Vol. XVIII, p.24).

Em contrapartida ao sintoma neurótico de conversão, percebe-se que o paciente somático possui dificuldade de elaborar as demandas pulsionais que o corpo dirige ao psiquismo, denotando também uma limitação de investimentos libidinais e, como refere J. McDougall (1987), apresenta "uma pobreza" na vida fantasmática e afetiva.

No caso analisado, fica claro que, diante de uma situação de conflito, a paciente emite uma resposta estereotipada, que sempre direciona a exigência pulsional, não para o recalçamento, mas para um superinvestimento no que existe de mais concreto: o corpo.

De fato, encontramos na paciente a resistência a rever os fatores psíquicos que alimentam uma certa vulnerabilidade psicossomática. Percebe-se que o que se presentifica é uma luta inconsciente que se opõe à revelação do recalçado. Nesse sentido, podemos supor que o sintoma de E., ou seja, a esterilidade, funciona exatamente como uma formação de compromisso, na medida em que se revela e se esconde, se opondo ao

descobrimo do enigma.

Ainda sobre o caso, podemos afirmar que a paciente geralmente é dramática e apresenta um relato de muito sofrimento. Na maioria das vezes, percebe-se que esse relato é dirigido ao outro, no caso, a terapeuta, como uma demanda de atenção.

Tal apelo se constitui em diversas situações em que a paciente se identifica com o lugar da rejeição, sentindo-se inferiorizada.

Podemos notar que esses sentimentos de menos-valia permeiam o discurso de E. Assim, não é incomum a paciente julgar que não merece uma promoção no trabalho, uma bolsa de estudos, ou ainda, a atenção de um homem bonito.

O que se pode aferir sobre esse comportamento é que, na verdade, quando a paciente se coloca no lugar de quem não tem, sustenta que o outro tem, forçando que esse outro mostre o que tem. Quando esse outro realmente mostra o que tem, ou seja, quando o outro mostra o seu desejo e, conseqüentemente, a sua falta, E. se decepciona por este outro não possuir o falo, o que acaba por confirmar, a nível inconsciente, que quem detém o falo, na verdade, é ela, ou seja, acaba por preservar intacta a sua castração.

Portanto, podemos entender que, por trás da postura de vítima, se esconde a impossibilidade de E. de lidar com a falta.

Essa dificuldade de lidar com a sua própria castração também traz como conseqüência, como vimos anteriormente, uma vida amorosa inconstante. Notamos que, embora E. seja uma

pessoa extremamente insegura, que apresenta medo diante da possibilidade de relação com o outro, encontra na sedução extremada uma máscara de segurança.

Assim, E. provoca cuidadosamente a atração dos olhares masculinos sobre si, mas, na verdade, se mantém preservada de um relacionamento constante. Ao observar o comportamento de E., percebemos que ela obtém prazer quando desperta o desejo de vários homens, sem que isso signifique uma aproximação com sua pessoa.

Na verdade, essa dificuldade de manter um relacionamento estável encontra explicação na dificuldade que E. apresenta de se ver enquanto faltosa. Ainda mais: parece ser, para ela, um enigma sem solução, o entendimento de como um homem pode se interessar por alguém que não demonstra ser possuidora do falo. Nesse sentido, a pergunta básica que E. se faz é como alguém que não tem pode ser objeto de desejo do outro.

Assim, ela refere a si própria como não tendo nenhuma possibilidade de ser amada, já que é estéril e nunca poderá ser mãe. Parece-nos que E. está diante de um dilema crucial, com o qual toda menina se depara quando descobre que não é possuidora do falo. Resta-lhe apenas, agora, caminhar na direção da equivalência fálica, substituindo o desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho.

Mas parece que, para E., essa possibilidade não existe. Ao contrário, para ela, ou existe a possibilidade de ter o falo, ou ela não pode ter nada.

Isso nos faz supor que aqui se esconde a chave que nos abre o caminho da revelação, no que tange a uma das causas

da esterilidade: talvez E. tenha se colocado diante de um discurso da impossibilidade; impossibilidade de se reconhecer castrada e poder ascender ao caminho da maternidade.

Reparamos que essa impossibilidade de engravidar e ser mãe leva a paciente a duvidar da própria possibilidade de ser mulher. Assim, embora exista uma associação que é comumente empregada em nossa sociedade, entre ser mulher e ser mãe, nos é claro que, mais uma vez, o que assusta a paciente é a impossibilidade de ter acesso a algo que valeria pelo falo. Tal hipótese se confirma no discurso de E., quando esta afirma que "um bebê significa a possibilidade de ter algo que o homem não tem, e que ninguém pode tirar".

Nesse contexto, onde impera a dificuldade de se reconhecer como mulher, dificuldade esta, de reconhecer que não tem o falo mas que pode ser o falo para alguém, se colocando no lugar de objeto de desejo do outro, E. prossegue ansiosamente sua busca identificatória, ligando-se a outras mulheres na tentativa de encontrar uma resposta para a sua pergunta básica: O que é ser mulher?

É por essa razão que a paciente costuma apresentar um comportamento muito peculiar: mantém-se extasiada diante de cenas que demonstrem situações de conquista entre homens e mulheres. Sendo assim, a paciente diz gostar de ir a bailes ou restaurantes apenas para observar como outras mulheres conquistam os homens.

Esse comportamento de contemplação da relação de conquista entre um homem e uma mulher parece estar relacionado, para E., com uma tentativa de entender como é que alguém que

não tem, no caso, a mulher, pode gozar?, ou ainda, Como alguém que não tem pode despertar o desejo do outro?

Essas indagações básicas de E. nos levam imediatamente a concluir que o que está em jogo, para a paciente, é uma tentativa de desmistificar uma saída possível para uma situação onde mesmo quem não tem o falo pode ter um gozo a mais (isto é, pode ser objeto do desejo do outro) e assim alcançar o gozo fálico exercido na própria maternidade.

A atuação terapêutica desenvolvida nesse sentido foi a de mostrar exatamente que a possibilidade da feminilidade só pode ser alcançada sob o preço do reconhecimento da castração, visto que é exatamente porque a menina não tem, que pode ser para alguém.

Há ainda que se ressaltar que a dificuldade de se reconhecer como faltosa angustia E. porque traz conscientemente o medo de uma escolha amorosa de cunho homossexual. Assim, E. chega a associar sua busca incessante de casos amorosos inconseqüentes com o medo que vivencia quando não está ao lado de um homem. Novamente, aqui podemos afirmar que a intensificação dos relacionamentos amorosos pode ser entendida como uma busca identificatória.

Nesse sentido, a paciente chega a afirmar que "os homens funcionam como uma espécie de certificado de garantia de que ela é mulher".

Dentro desse conflito, o corpo de E. passa a ser utilizado como discurso de uma representação psíquica, perdendo sua função fisiológica para expressar um conflito endopsíquico.

Dessa forma, podemos entender o sintoma da esterilidade como uma demanda ou pedido de atenção que nos apontaria para a expressão, no corpo, do que não pode ser falado. A esterilidade, como impossibilidade de gestação, enunciaria a questão básica de E., ou seja, a impossibilidade de desejar e ser desejada a partir de um corpo faltoso.

Assim, o corpo, para E., é sempre referido a uma situação angustiante, ou porque é faltoso, ou porque vive a ameaça de esfacelamento.

É nesse sentido que podemos entender o sintoma de E. enquanto uma linguagem corporal, ou ainda, enquanto o único recurso utilizado pela paciente para denunciar um sofrimento até então não compreendido.

Só a partir desse entendimento é que podemos caminhar na direção do atingimento de nossos objetivos, ou seja, propiciar que se abram caminhos para a luta pela sobrevivência saudável, bem como, levar a paciente, apesar da infertilidade, a continuar a ter no desejo uma orientação consciente de luta pela vida, por novas gestações e criações...

É interessante notar que, após um ano e meio de tratamento psicoterápico, onde se explicitavam essas questões, a paciente realizou uma ultrassonografia que apontou para uma diminuição dos miomas que portava. Nesse sentido, abre-se uma possibilidade: a de que, se acreditamos que uma patologia é fruto de uma articulação entre o físico e o psíquico, talvez a disponibilidade de E. de se cuidar, não só clinicamente, mas também psicoterapeuticamente, nos leve sempre a ter como crença uma esperança: a de que esse quadro de infertilida-

de, a partir da diminuição dos conflitos a ele relacionados, possa ser revertido. E por que não?

CONCLUSÃO

O nosso objetivo neste estudo consistiu em um levantamento de hipóteses, com vistas a compreender o que se passa na experiência clínica, no que diz respeito à possibilidade de uma mulher engravidar.

Entretanto, segundo a Psicanálise, não podemos aludir à questão da possibilidade da maternidade sem nos referirmos à própria constituição da identidade feminina. Tal fato encontra respaldo na postulação freudiana sobre a feminilidade. Para Freud, a assunção da feminilidade relaciona-se ao desejo da maternidade e, por essa razão, o tornar-se mulher encontra-se, de certa forma, associado ao tornar-se mãe.

Nesse sentido, Serge André (1986) afirma que Freud atribui à criança que vai nascer o papel de significante da identidade feminina.

De fato, no cotidiano da prática clínica, encontramos mulheres que, ao se saberem impossibilitadas de gestar, trilham um longo caminho no que diz respeito a sua própria identidade. Tal fato ficou evidente no caso apresentado, pois percebemos que a paciente em questão se volta na direção da busca incessante de outras mulheres, na tentativa de responder para si o que não consegue responder através do suporte da feminilidade, ou seja, responder o que é ser mulher.

Ao examinarmos mais cuidadosamente a questão da pos-

sibilidade da maternidade, deparamo-nos com alguns fatores que parecem atuar de forma incisiva para o desencadeamento de tal condição.

Partindo da premissa de que a feminilidade é um vir-a-ser, uma vez que a menina se torna mulher e, posteriormente, se transforma em mãe, podemos afirmar que alguns entraves podem ocorrer nesse longo caminho percorrido pela mulher.

Este estudo procurou demonstrar que a possibilidade da maternidade é inaugurada na primeira relação da mulher com sua mãe, sofrendo, ainda, influências da trama edípica na qual a menina mergulha quando se vê movida por um sentimento de inveja e, a partir daí, caminha na direção de ter algo que sente que lhe foi negado, ou seja, o pênis. Assim, percebemos que a mulher percorre um caminho extenso de descobertas e frustrações e, dependendo dos acidentes a que foi submetida nesse percurso, poderá ou não ter a possibilidade de engravidar, ou seja, de assumir para si o destino da maternidade.

Sobre a especificação desses "acidentes" pregressos, alguns autores como Langer (1978), Videla (1984), Deutsch (1945) e Freud (1933) postulam que a possibilidade da maternidade nos remete à fase pré-genital.

Nesse sentido, a Psicanálise ressalta que esta fase tem uma influência primordial no futuro das mulheres. Freud, em 1933, chega a afirmar que, se desejamos conhecer as mulheres, devemos valorizar o entendimento da relação mãe-bebê, pois esta vivência pode provocar conflitos frente à feminilidade e, conseqüentemente, frente à possibilidade da maternidade.

Assim, podemos afirmar que, se essa relação pré-edípica é fundamental para a constituição da identidade feminina, a maternidade deve ser então encarada como um destino inevitável, pré-concebido ao ato da própria fecundação, isto é, parece-nos que essa condição é traçada para além do biológico, ou seja, no desenvolvimento psíquico da menina.

A partir do caso clínico apresentado, foi possível constatar que, da mesma forma, a infertilidade, ou seja, a impossibilidade da maternidade, encontra-se diretamente articulada à vivência primária e edípica da mulher.

Portanto, parece-nos que, como no caso em questão, não há dúvida de que os aspectos psíquicos contribuem para que uma mulher engravide ou não. Assim, podemos inferir que muitas vezes a infertilidade se antepõe como um destino frente a uma relação conflitiva com a mãe, bem como frente à impossibilidade de assunção da própria castração. Dessa forma, a infertilidade emerge enquanto um sintoma que condensa uma tentativa de síntese e, por essa razão mesmo, não nos pode enganar, pois, através da fachada, encobre um verdadeiro quebra-cabeça.

Mas não podemos esquecer que todo sintoma é consequência de alguma situação, isto é, toda doença revela um mosaico a ser decodificado. Assim, como não poderia deixar de ser, há que se encarar a impossibilidade da maternidade como consequência, dentre outros fatores, de um ressentimento com a mãe. No caso em questão, tal situação parece explicitada, pois a infertilidade de E., como vimos anteriormente, estaria francamente associada a um ataque à mãe; mãe esta que, segundo ela, não a desejou. Sendo assim, podemos afirmar que atacar o úte-

ro na sua função de maternidade significa atacar essa mãe.

Percebemos, também, que a impossibilidade de gerar filhos traz consigo um sentimento confusional, por parte das pacientes; sentimento este que se expressa numa crise de identidade. Assim, para a mulher, essa condição, a condição da esterilidade, muitas vezes é vivida como uma "expulsão do paraíso", ou seja, uma expulsão da própria família, ou ainda, de seu grupo de amigos. Ao descobrir-se infértil, a mulher se vê abalada na sua identidade e, geralmente, a partir daí, depara-se com uma outra tarefa: a de se reconhecer dentro dessa nova condição.

No estudo do caso clínico, vimos que uma das angústias da paciente se traduziu numa preocupação a respeito de como conviveria com essa família, já que não era fértil. Nesse sentido, percebemos o quanto E. se viu forçada a "aprender a ser uma nova pessoa".

Portanto, a partir do estudo de caso realizado, parece evidente que a impossibilidade da maternidade traz para a mulher uma nova busca identificatória. /Tal fato ocorre porque a constituição da identidade feminina não se dissocia da maternidade./

Como ilustração dessa situação, podemos citar as indagações básicas de E., que consistiam na seguinte pergunta: "Se não posso ser mãe, o que eu posso ser, então?"

Parece-nos que não é só teoricamente que um filho fica associado a um único desejo de uma mulher.

Na prática, reparamos que, diante da impossibilidade de engravidar, a mulher se vê forçada a exercer essa materni-

dade de uma forma deslocada, ou seja, em alguns casos ela assume para si outras crianças da família, como sobrinhos, afilhados etc. Já em outros, observa-se uma negação da patologia e conseqüente insistência na possibilidade de engravidar. E, finalmente, podemos afirmar que algumas mulheres não abrem mão da possibilidade de exercer a maternidade, mesmo que não possam gerar a criança, e caminham na direção da adoção.

O que há para se pensar é que, mesmo levando em consideração os preconceitos em relação à adoção, é de se estranhar que a mulher encare a maternidade apenas como a possibilidade de gerar um filho.

/Tal fato nos faz supor que o momento da gravidez, assim como a Psicanálise postula, encontra-se revestido por um investimento fálico, pois o bebê tem a função de preencher, ainda que momentaneamente, a falta dessa mãe./

/Reparamos também que, geralmente, a mulher infértil apresenta uma relação forte e intensa com o pai. Muitas vezes, a impossibilidade de engravidar emerge para a mulher como um sintoma que expressa a dificuldade de separação com o pai e, posteriormente, a dificuldade de se encaminhar na direção de outros homens. Assim, engravidar e ter um filho significaria denunciar para o pai a existência de um outro homem na vida dessa mulher, fato esse que, dentro dessa dinâmica específica, precisa ser ocultado.//

A partir da análise do caso, foi possível inferir em que medida a infertilidade emergiu para E. como um escape, diante da dificuldade que a paciente apresentava de se voltar na direção dos homens, sem que isso significasse, entretanto, uma

"morte" de seu pai.

Parece-nos ainda que a possibilidade de gerar filhos encontra-se, de certa forma, relacionada à auto-estima da mulher, isto é, é preciso que a futura mãe reconheça uma imagem positiva de si mesma. A paciente em questão parecia desconhecer tais condições e sempre nos dava indícios de possuir uma baixa auto-estima, a todo momento se desvalorizando e desacreditando de sua possibilidade de conquistar o outro.

Reparamos que a relação da futura mãe com sua própria mãe é fundamental para o desenvolvimento da capacidade de engravidar. Assim, por trás de um quadro de infertilidade, geralmente situa-se uma relação difícil entre a mulher, candidata à maternidade, e a própria mãe. Sobre a mãe dessa mulher, pode-se dizer que geralmente é uma figura ausente.

Nesse sentido, podemos entender a impossibilidade de engravidar como sendo um auto-ataque, ou seja, parece-nos que, em substituição a um ataque à mãe, emerge um ataque ao próprio útero da mulher, personificando, assim, no corpo, a rivalidade e a raiva contida em relação à mãe. Entendemos, pois, que ao atacar a possibilidade da maternidade e desativar a função do útero, dos ovários e trompas, a mulher denuncia a dificuldade de se identificar com sua mãe. Isso ocorre porque as mães dessas mulheres, de forma geral, não podem revelar o mistério da feminilidade, já que encontram-se, elas próprias, insatisfeitas com sua incompletude. Assim, no caso da esterilidade, a mulher mantém-se identificada como sendo o falo da mãe.

Outro ponto que merece ser alvo de nossas discussões diz respeito à relação entre a infertilidade e a vida sexual

da mulher. Observa-se que, quando se depara com a impossibilidade de engravidar, a mulher exhibe um comportamento sexual maníaco, quer seja pelo desejo de ainda ter um filho, desejo esse que advém de uma defesa, quer seja por encarar o sexo e o afeto de formas dissociadas.

Assim, na maioria das vezes, como não pode ascender à maternidade, a mulher apresenta determinados comportamentos que devolvem para si uma imagem de promiscuidade, pois dessa maneira aceita a infertilidade como forma de punição por sua vida sexual.

Como no caso em questão, percebe-se que a infertilidade, ou a impossibilidade da maternidade, costuma ser encarada como um castigo. Não é fato incomum mulheres inférteis relacionarem tal patologia à sua vida sexual pregressa, associando acontecimentos passados, como abortos e a própria intensificação da vida sexual, à impossibilidade de gerar uma criança. Como vimos no caso clínico apresentado, tal punição presentifica-se na história de vida da paciente, pois esta se sentia culpada pela morte de um irmão.

De um outro lado, parece evidente que a infertilidade, assim como toda doença, provoca uma ruptura do equilíbrio narcísico da paciente, uma vez que traz consigo a perda da onipotência física e psíquica.

Um outro aspecto que pode contribuir para o impedimento da gravidez é que, em algumas situações, a mulher necessita assumir o papel de mãe com familiares, fazendo com que o lugar da criança seja ocupado por outra pessoa. No caso de nossa paciente, E. descreve que sua sina é cuidar das pessoas,

especialmente o pai e a mãe. Esse fato nos aponta o quão verdadeira é a premissa enunciada por Deutsch (1945), visto que, ao assumir o papel da maternidade em outras relações, a paciente tornou-se mãe por segunda via.

É interessante salientar que, geralmente, as mulheres inférteis mantêm-se dentro de uma dinâmica psíquica muito peculiar, isto é, observamos na prática que esse tipo de mulher se vê aprisionada na repetição compulsiva da vivência de situações triangulares. Isto nos leva a pensar que tal funcionamento específico está a serviço de evitar a constatação da castração. Ora, se a mulher não lida com sua própria castração, como pode então viver uma relação dual, a maternidade? Como pode ascender à equação simbólica, substituindo o desejo de um pênis por um desejo de um filho, se não reconhece sequer que é castrada?

Nesse sentido, podemos afirmar que a impossibilidade da maternidade encontra-se relacionada à impossibilidade da assunção da castração. É por essa razão, dentre outras, que a mulher não pode trilhar o caminho da maternidade.

Finalmente, podemos afirmar que não é possível compreender a possibilidade de uma mulher tornar-se mãe sem atentar para como ela elaborou as perdas relativas ao enfrentamento da castração e, também, como processou sua busca identificatória. Reparamos, no caso em pauta, que a paciente não pode lidar com sua própria castração e, por essa razão, não mantém relacionamentos onde possa se colocar como objeto do desejo do outro.

Parece não haver dúvidas que, de fato, só podemos nos

remeter à possibilidade da maternidade quando examinamos todo o processo da constituição da identidade feminina, quer seja a partir da influência da constelação edípica, quer seja a partir da influência da identificação primária.

De fato, falar da impossibilidade de engravidar significa falar de uma dificuldade na busca identificatória. Reparamos que a mulher infértil se sente perdida quando necessita decifrar para si o que quer saber, ou seja, o que é ser mulher. Geralmente, esse tipo de mulher busca uma relação com outras mulheres, pois, tendo como questão básica a indagação do que é ser mulher, se vê diante da impossibilidade de responder para si mesma o mistério da feminilidade e, conseqüentemente, não pode ser mãe.

Dessa forma, nota-se que a mulher infértil encontra-se na direção de uma busca identificatória, procurando juntar-se a outras mulheres na tentativa de resolver o seu enigma. Vimos o quanto, nesses casos, se articula uma relação entre a busca identificatória, a feminilidade e um caminho histérico. O que se pode inferir é que o perfil das mulheres estéreis nos conduz a uma estrutura histérica e, como tal, a infertilidade pode ser encarada como uma personificação do falo no próprio corpo, já que é através de um sintoma, operado no próprio corpo, que esse tipo de mulher representa a castração imaginária. No caso analisado, podemos entender a infertilidade de E. a partir de um quadro histérico, onde a paciente marca e anula, exatamente, o lugar onde se inscreve a diferença.

Finalmente, devemos repensar a possibilidade da maternidade como uma formação de compromisso, onde algo se reve-

la, mas imediatamente se cobre, exatamente porque põe a nu todo o processo de um longo quebra-cabeça, utilizando, assim, o corpo para expressar um conflito psíquico, ao mesmo tempo em que embota suas funções fisiológicas.

A nossa tarefa, missão de nosso desejo, se sustenta na ajuda, no sentido não só de promover um desmatamento desse conflito, mas também de propiciar a essas mulheres o encontro com novas possibilidades criadoras, pois a feminilidade, como muito bem sabemos, transcende a questão da maternidade. Talvez por se definir num para além, a feminilidade seja encarada, paradoxalmente, como um problema sem solução.

De fato, reparamos que a Psicanálise coloca a mulher como um enigma, algo misterioso que não pode ser desvendado. Aliás, Freud postulou, em seus textos culturais, a feminilidade e a maternidade como sendo vivências nebulosas e até mesmo perigosas, às quais a mulher enfrenta. A partir de todos os enunciados freudianos, o que se pode inferir é que, tal qual a Psicanálise, a mulher encarna uma verdade que não pode ser enunciada. E, mais ainda, a mulher infértil guarda para si uma representação fiel do indizível, ou seja, do enigma, visto que sintomatiza no próprio corpo um hiato: a lacuna da verdade.

No entanto, não devemos nos esquecer que é a falta, no caso, a falta da resposta, é o silêncio que funciona como propulsor do desejo. Já que tanto a feminilidade quanto o desejo escapam ao que pode ser enunciado, isto é, à palavra, por mais que se fale de mulheres e se pense sobre a maternidade ou o seu impedimento, nos distanciaremos da verdade, ou ainda, estaremos sempre diante de um problema, melhor dizen-

do, passaremos simplesmente da denúncia ao anúncio de uma questão que é, por si só, indecifrável. Concluindo, podemos dizer que defrontar-nos-emos com um enigma sem solução...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. I. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- ARANBURU, J., COSENTINO, J. Dora entre el saber y el sexo. In: *La esculta, la histeria*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- AULAGNIER, Piera. *Los destinos del placer*. Barcelona: Petrel, 1979.
- . *El sentido perdido*. Buenos Aires: Trieb, 1980.
- BARTHES, R. *Fragments de um discurso amoroso*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.
- BASZ, Samuel et al. *El Édipo y la clínica freudiana*. Argentina: Helguero, 1978.
- BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo*. Vol.1: Fatos e Mitos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BENEDEK, Therese et al. Some emotional factors in infertility. *Psychosomatic Medicine*, 15 (5): 142, 1953.
- BIRMAN, Joel, NICEAS, C. Augusto. *O feminino: aproximações*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- BLEICHMAN, H. *Introdução ao estudo das perversões: teoria do Édipo em Freud e Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BOONS, M.-C. A propósito do orgasmo. In: BIRMAN, J., NICEAS, C. A. (coord.) *Teoria da prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

- BOONS, M.-C. Da sedução entre os homens e as mulheres, uma abordagem lacaniana. In: POIAN, C. (coord.) *Homem - mulher*. Rio de Janeiro: Taurus, 1987.
- BYDLOWSKI, M., DAYAN-LINTZER, M. A psycho-medical approach to infertility: suffering from sterility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, p: 139-151, 1988.
- CANELLA, Paulo. Esterilidade conjugal. *Femina*, 17 (12): 1023-1030, 1989. X
- CAVALCANTI, R. C. Aspectos psicológicos da esterilidade. *Femina*, 16 (8): 704, 1988. X
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. *Sexualidade feminina: uma abordagem psicanalítica contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- CHODOROW, N. *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.
- COHEN, H. R. The psychosomatic factor in infertility. *International Journal of Fertility*, 6: 369-373, 1961.
- DANILUK, Judith C. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49 (6): 982-990, 1988.
- DEUTSCH, H. (1945) *La psicología de la mujer*, Vol. I e II. Buenos Aires: Losada, 1960.
- DOLTO, F. *Sexualidade feminina*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- ELLSWORTH, L. R., SHAIN, R. N. Psychosocial and psychophysiologic aspects of reproduction: the need for improved study design. *Fertility and Sterility*, 44 (4): 449-452, 1985.
- FARIAS, L. N. *Aspectos psicológicos da esterilidade conjugal (Dissertação de Mestrado)*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1991. X
- FARIAS, L. et al. O ginecologista e o cliente. *Femina*, 12 (5): 221-225, 1985.
- . Assistência psicológica em ginecologia: síntese de um projeto. *Femina*, 12 (7): 587-591, 1984.

FARIAS, L., REIS, I. Grupos de pré-atendimento em esterilidade. *Femina*, 13 (8): 695-699, 1985.

FIORINI, J. H. *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

FRANCO Jr., J. B. O fator imunológico em infertilidade. *Femina*, 13 (3): 238-242, 1985.

FREUD, S. (1883-1885) *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Vol. II).

———. (1886) *Etiologia da histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. III).

———. (1887-1904) *Rascunho A*. In: *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess* (Editado por Jeffrey Masson). Rio de Janeiro: Imago, 1986.

———. (1905-1910) *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. VII).

———. (1905) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. VII).

———. (1910) *Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XI).

———. (1912) *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XII).

———. (1913) *Totem e tabu*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIII).

———. (1914) *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIV).

———. (1918) *O inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIV).

———. (1915) *Os instintos e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIV).

- FREUD, S. (1917) *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIV).
- . (1918) *O tabu da virgindade*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XI).
- . (1919) *O estranho*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVII).
- . (1919) *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVII).
- . (1919) *Uma criança é espancada*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVIII).
- . (1920) *A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVIII).
- . (1920) *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVIII).
- . (1922) *Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVIII).
- . (1923) *A organização genital infantil: uma interposição na teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIX).
- . (1923) *O Ego e o Id*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIX).
- . (1923) *Dois verbetes de enciclopédia. B - A teoria da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XVIII).
- . (1924) *O problema econômico do masoquismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIX).
- . (1924) *A dissolução do complexo de Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIX).
- . (1925) *Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XIX).

- FREUD, S. (1926) *Inibição, sintoma e angústia*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XX).
- . (1927) *Fetichismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XXI).
- . (1931) *Sexualidade feminina*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XXI).
- . (1933) *Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise*. Conferência XXXIII - Feminilidade. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XXII).
- . (1937) *Análise terminável e interminável*. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (ESB, Vol. XXIII).
- FUKS, B., LEITE, V. P. A mulher e a Psicanálise: algumas questões sobre a feminilidade. *Memória IFP/CARTEL*, Ano II, nº 2, Rio de Janeiro, Instituto Freudiano de Psicanálise, 1986.
- GONDAR, J. O. O fundo do tártaro: o feminino em Freud. In: *Psicologia clínica: pós-graduação & pesquisa*. Rio de Janeiro: PUC, CTCH, Departamento de Psicologia, 1987.
- GUIMARÃES, D. G. M. A mulher fala. In: *Teoria da prática psicanalítica 4*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- GUZMÁN, A., ORTIZ, M. Estudio psicosocial de la pareja infértil. *Rev. Obst. y Ginecología de Venezuela*, 44 (1), 1984.
- HARRISON, R. F. et al. Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *Int. J. Fert.*, 31 (2): 153-150, 1986.
- HOLANDA, A. B. de. *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- KENNEDY, J. A., BAKST, H. The influence of emotion on the cardiac surgery: a predictive study. *Bulletin of New York Acad. Med.*, 42: 811-845, 1966.
- KIMBALL, C. P. Psychological responses to the experience of open-heart surgery. *American Journal of Psychiatry*, 126: 348-359, 1969.

- LACAN, J. La significación del falo. In: *Escritos*. México: Siglo Veintiuno, 1985.
- . *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión SAIC, 1979 (Collection Lenguaje y Comunicación).
- . *O seminário - Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- . (1966) *Escritos I e II*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1975.
- LANGER, M. *A maternidade e sexo*. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- LECLAIRE, S. *Mata-se uma criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- LIDZ, R. W. Conflicts between fertility and infertility. In: *The woman patient medical and psychological interfaces*. New York: Plenun Press, 1978.
- McDOUGALL, J. Repensando Eva: dos componentes homossexuais da sexualidade feminina. In: *Conferências brasileiras*. Rio de Janeiro: Xenon Editora e Produtora Cultural, 1987.
- . *Corpo físico, corpo psíquico, corpo sexuado*. In: *Conferências brasileiras*. Rio de Janeiro: Xenon Editora e Produtora Cultural, 1987.
- MALDONADO, M. T., CANELLA, P. *A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.
- MANNONI, O. *Freud e a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rio, 1975.
- MASOTA, O. *Ensayos lacanianos*. Barcelona: Anagrama, 1976.
- MAZOR, M. D. The problem of infertility. In: *The woman patient medical and psychological interfaces*. New York: Plenun Press, 1968.

- MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 3.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.
- MELLONI, M. T. S. Mulheres: forma de discurso. *Memória IFP/CARTEL*, Ano II, nº 2. Rio de Janeiro: Instituto Freudiano de Psicanálise, 1986.
- MITCHELL, J. *Psicanálise e feminismo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.
- . *Psicanálise da sexualidade feminina*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MONTRELAY, M. *Investigaciones sobre la feminilidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1974 (Coleção Acto Psicanalítico - Teoria e Ciência).
- MORSE, C., HALL EYLARD, V. Psychological aspects of infertility: a review of current concepts. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 6, 1987.
- MULLER, B. A sexualidade feminina. *Arquivos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, Universidade Santa Úrsula, 1988. p.87-102.
- MULLER, E. C., FUCKS, B. Sobre a gênese das identificações. *Memória IFP/CARTEL*, Ano II, nº 2, Rio de Janeiro: Instituto Freudiano de Psicanálise, 1986.
- NASIO, J. D., LECLAIRE, S. et al. *Acto psicanalítico: teoria y clínica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1974.
- NICEAS, C. A. *Primado do falo e castração feminina*. Rio de Janeiro: Campus, 1986 (Coleção Teoria e Prática Psicanalítica 4).
- NICEAS, C. A., BIRMAN, J. (Coord.) *O feminino: aproximações*. Rio de Janeiro: Campus, 1986 (Coleção Teoria e Prática Psicanalítica 4).
- OLIVER, C. *Os filhos de Jocasta*. Porto Alegre: L & PM, 1986.
- PASINI, W. Aspectos psicológicos da fertilidade e esterilidade. *Revista Geográfica Universal*. Documento Roche 66, 1985.

- PERRIER, F. Estructura histérica y diálogo analítico. In: *Acto psicanalítico: teoría y clínica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979.
- POMMIER, G. *La excepción femenina: ensayos sobre los impases del goce*. Buenos Aires: Alianza Editorial, 1986.
- . *Identidade feminina*. Rio de Janeiro: Encontros da Clínica Freudiana, 1985. Vol. I.
- ROSOLATO, G. La histeria: estructuras psicoanalíticas. In: ROSOLATO, G. et al. *Acto psicanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1974.
- SAFOUAN, M. *A sexualidade feminina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.
- SANDLER, B. Emotional stress and infertility. *Brit. J. Clin. Pract.*, 13 (5): 328-330, 1959.
- SASSON, N. F. *A representação psíquica do bebê na mãe grávida* (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1987.
- SEIBEL, M. M., TAYMOR, Meluin L. Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 37 (2): 137-145, 1982.
- SILVESTRE, M. Dirección de la cura en la histérica. In: *Clinica bajo transferencia: Ocho estudios de clínica lacaniana*. Buenos Aires: Hacia el Tercer Encuentro del Campo Freudiano, 1984.
- SIMÕES, P. M. (Ed.) *Ambulatório de esterilidade*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1986 (Coleção Rotinas do Instituto de Ginecologia da UFRJ, Vol. 3).
- SMIRGEL, CHASSEGUET, J. *A sexualidade feminina: novas pesquisas*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- TORRES, M. La histeria. In: *La esculta, la histeria*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- VIDELA, Mirta et al. *Esterilidad de la pareja*. Buenos Aires: Trieb, 1984.

WARTEL, Roger et al. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

WEDELL, Mary A. et al. Endometriosis and the infertile patient. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 14 (4): 280-283, 1983.

WINNICOTT, D. W. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

WISDOM, J. O. Male and female. *Int. J. Psycho-Analysis*, 64-159, 1983.

ZALCEBERG, M. Freud, mulher e o feminino. *Revista Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, 1985. V. I e II.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, pela aluna **MÁRCIA PARGA LISBÔA**, intitulada **CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE FEMININA: O CAMINHO DA MATERNIDADE E DA INFERTILIDADE**, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Terezinha Feres Carneiro

TEREZINHA FÉRES CARNEIRO
(Orientadora)
PUC/RJ

Circe Navarro Vital Brazil

CIRCE NAVARRO VITAL BRAZIL
PUC/RJ

Angela Baraf Podkameni

ANGELA BARAF PODKAMENI
PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 09/03/93

Ana Maria Nicolaci-da-Costa

ANA MARIA NICOLACI-DA-COSTA
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas