

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TRANSPARÊNCIA PSÍQUICA:

**experiência de transformação materna, uma perspectiva
psicanalítica**

JANAÍNA FRANÇA FERNANDES DA COSTA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri

Brasília/DF

2006

AGRADECIMENTO

Primeiramente quero oferecer meus sinceros agradecimentos à orientadora deste trabalho, professora Maria Izabel Tafuri, pelo cuidado, atenção e apoio que constantemente prestou a mim, além das considerações teóricas e clínicas imprescindíveis para a elaboração desta dissertação. Também aos demais professores que compuseram a banca pela receptividade e pelas relevantes sugestões.

Minha especial gratidão ao meu filho Bernardo rica alegria e existência que me inspira na busca de uma melhor sabedoria desta profunda e rica experiência que é a maternidade. Ao meu ex-companheiro, Bizerril, pela compreensão e sempre ajuda ao longo desta caminhada, também pela revisão do texto. E aos meus pais, pelo reconhecimento, força e carinho.

Deixo um particular agradecimento a todas as mães que, de maneira tão sincera, compartilharam suas vidas e me ofereceram uma maior compreensão da importância do afeto e do espaço para a expressão em nossas vidas.

Agradeço aos amigos tão importantes pela afetuosa companhia. Ao Terry, que se dispôs prontamente a realizar a tradução do abstract.

Aos amigos do mestrado, pela solidariedade e apoio, e a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram a realizar este trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às gestantes e puérperas. Que as palavras aqui escritas propiciem o reconhecimento e a legitimação da voz destas mães que é a mais fundamental expressão da experiência da maternidade.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO ----- 01

CAPÍTULO 1. APROXIMAÇÕES CLÍNICAS À IDÉIA DE
TRANSPARÊNCIA PSÍQUICA ----- 09

CAPÍTULO 2. A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE *REGRESSÃO*
NA OBRA DE S. FREUD. ----- 28

CAPÍTULO 3. A CONSTRUÇÃO DA EXPRESSÃO *PREOCUPAÇÃO*
MATERNA PRIMÁRIA NA OBRA DE D.W. WINNICOTT ----- 56

CAPÍTULO 4. A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE *PROJEÇÃO* E
IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA NA OBRA DE MELANIE KLEIN ----- 66

CAPÍTULO 5. A RELAÇÃO MÃE-FILHA GESTANTE NA CLÍNICA DA
GESTAÇÃO E DO PUERPÉRIO ----- 80

5.1. Apresentação dos exemplos clínicos ----- 81

5.2. Análise dos exemplos clínicos ----- 90

CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- 102

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- 109

RESUMO

A gestação e o pós-parto, como momento da vida psíquica das mulheres, foram temas pouco explorados na teoria psicanalítica clássica. Recentemente, contudo, Monique Bydlowski, que apresento neste trabalho, propôs um novo olhar sobre a maternidade, a partir do conceito de *Transparência Psíquica*. Esta noção traduz um determinado modo de funcionamento psíquico característico do processo gestacional, definido brevemente por uma afluência espontânea dos conteúdos até então inconscientes.

Revisito as formulações metapsicanalíticas clássicas de *Regressão*, em Freud e *Preocupação Materna Primária*, em Winnicott, subjacentes à noção de *Transparência Psíquica*. Posteriormente, incluo um terceiro conceito, o de *Identificação Projetiva*, na obra de Klein. A discussão conceitual tem como objetivo uma melhor compreensão clínica e teórica do que são as transformações psicológicas habituais pelas quais uma mulher passa ao longo da gestação e do pós-parto, relacionadas à reatualização das experiências arcaicas provenientes da maternagem do passado.

Uma vez relacionados os conteúdos clínicos da escuta de mães e essa discussão teórica, noto que a gestação e o pós-parto implicam um modo diferenciado do funcionamento psíquico, caracterizado pelo retorno de conteúdos inconscientes, especialmente de sensações, que remetem a nova mãe às suas primeiras experiências como bebês ao lado de suas próprias mães. Trata-se, sobretudo, de uma experiência de crise maturativa, normal e espontânea, que propicia um momento particular com grande potencial para a reorganização de conflitos arcaicos e, conseqüentemente, as bases para a organização de uma nova maternidade.

A partir dos resultados desta pesquisa, recomendo mais atenção a estes processos psíquicos e reafirmo a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar no atendimento de gestantes e puérperas, caracterizado não só pela atenção à saúde do bebê, mas também pela legitimação da voz da mãe como sujeito da experiência da maternidade.

Palavras-chave: Transparência Psíquica, maternidade, gestação, clínica, psicanálise, teoria psicanalítica.

ABSTRACT

Pregnancy and the post-natal experience, received rather little attention by classical psychoanalytical theory. Recently, however, Monique Bydlowski, to whom I refer in my thesis, proposed a new perspective on motherhood, through the concept of *Psychic Transparency*. This notion refers to a typical mode of psychological functioning during pregnancy, that can be briefly defined in terms of the spontaneous appearance of contents, which had been so far of an unconscious character.

I revisit the classical meta-psychoanalytical formulations of *Regression*, in the writings by Freud, and *Primary Maternal Concern*, by Winnicott, underlying the notion of *Psychic Transparency*. Then, I include a third concept, *Projective Identification*, from the writings by Klein. A conceptual discussion has as its main objective to offer a better clinical and theoretical understanding of the common psychological transformations women might experience during pregnancy and the post-natal period, coming from the re-actualization of archaic experiences which, on its turn, originate from experiences relating to maternity in the past.

Once this theoretical discussion is related to the clinical contents of the testimonies by mothers, I noticed that pregnancy and de post-natal experience suggest a distinguished way of psychic functioning, typified by the recurrence of unconscious contents, especially the sensations that connect the new mother to her first life experiences as a baby, in close contact with her own mother. First of all, this refers to an experience of a normal and spontaneous crisis of maturation, which makes available a distinctive moment with a strong potential to resolve archaic conflicts and, therefore, offering the fundamentals to organize a new instant of motherhood.

Departing from the results of this research, I would recommend more attention to these psychic processes and would re-insist on the need of multi-disciplinary teamwork dedicated to pregnant women and to those who recently started their motherhood.

Keywords: Psychic Transparency; maternity; pregnancy; clinical; psychoanalysis; psychoanalytic theory.

INTRODUÇÃO

A Relação Mãe e Filha Gestante na Clínica da Gestação e do Puerpério

Hoje, ao fazer uma retrospectiva de meu trabalho, percebo que, num primeiro momento, meu interesse sobre a maternidade encontrava-se ainda bastante vinculado a uma idéia idealizada e romantizada sobre os estados emocionais que uma mulher vivencia ao conceber uma criança. Estive bem mais interessada em compreender como ocorria o crescente investimento e cuidado de uma mãe para com seu bebê, bem como a “certa” e conseqüente ligação afetiva que os une. Para tanto, meu olhar estava totalmente concentrado sobre a mãe e seu bebê, como se entendesse que esta ligação decorresse do simples fato de existir tal dupla. Uma decorrência natural e espontânea num contexto relativamente hermético.

De fato, assim como nos alerta Badinter (1985), uma noção romantizada, idealizada e naturalizadora sobre a maternidade encontra-se profundamente enraizada nas representações sociais e expectativas do que deve ser a interação entre mãe e bebê. Concepções que estão fortemente presentes no pensamento e nas referências sociais, e que influenciam os grandes referenciais teóricos, uma vez que estes são, por assim dizer, produtos sociais.

A autora, muito detalhadamente, demonstra ainda que a idéia de maternidade é uma construção, cuja existência remonta a um determinado contexto histórico-cultural: a cultura burguesa européia, a partir do século XVIII. E que sua origem, função e formulação teve, como produto, um mito bastante presente, especialmente, na cultura ocidentalizada: o amor instintivo e espontâneo das mães pelos seus filhos. Ou seja, a expectativa social que compartilhamos sobre a maternidade traduz a mãe como a geradora, a mantedora da vida, e que tem, como qualidade fundamental, o amor. Amor incondicional, sempre disponível, zeloso e paciente. A noção de instinto garante a irrefutabilidade e a cristalização da representação feminina, associada ao “amor materno” e à necessidade “orgânica” da mulher, de amar e sacrificar-se pelo outro.

Faço esta muito breve introdução, pois foi justamente a constatação da necessidade de explorar uma nova escuta para com as mães - que compreendesse o processo da maternidade para além da dupla mãe-bebê - o que me levou a incorporar outros tipos de construção de sentido sobre a experiência de maternidade (com a qual tive contato). Entendo que esta transformação de percepção só alcançou tamanha profundidade em minha experiência clínica em decorrência da forma pela qual aproximei-me do tema da maternidade. Poderia descrever esta entrada a partir de três inscrições diferentes: na pesquisa, na clínica e como sujeito - contexto em que concretamente vivenciei a maternidade.

Para cada uma destas entradas obtive um material que pretendo utilizar nesta pesquisa. No intuito de fornecer uma perspectiva clara de meu percurso, ordeno-o cronologicamente, para depois trazer o material para análise.

Meu contato com as gestantes, no contexto psicológico, começou no segundo semestre de 2000 no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) sob supervisão de uma

professora de graduação, no curso de psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCeub. Ali tive a oportunidade de conversar informalmente com algumas mães, mais especialmente, com uma mulher que se encontrava no 8º mês de sua segunda gestação. Nesta circunstância, pude realizar algumas anotações que considero importantes sobre a fala desta mãe, principalmente no que tange à particularidade do discurso proveniente de um determinado recorte social.

Minha segunda aproximação ocorreu dois anos mais tarde, em 2002, quando fiquei grávida e participei de dois grupos: 1) um que oferecia atividade física para preparação do parto e pós-parto; 2) outro guiado por uma psicóloga que objetivava tanto a preparação para o parto como também um espaço de diálogo entre as gestantes. Após o meu parto, freqüentei mais uma vez dois grupos dedicados às mães no pós-parto. Igualmente, um voltado para os cuidados físicos e outro dedicado ao diálogo entre as mães com a presença da mesma terapeuta.

Em 2003, já com o propósito de pesquisa, ocasião em que elaborei o projeto de monografia de graduação em psicologia, passei a entrevistar gestantes que freqüentavam o grupo dedicado à preparação física que citei acima. Após concluído este projeto, já como terapeuta, criei, nesse mesmo local, um grupo de apoio psicológico, de caráter clínico, junto às gestantes e puérperas. Nesta ocasião, apresentava-me também como mestranda do programa de pós-graduação em psicologia clínica da Universidade de Brasília, de forma que, este grupo, passou a ser um importante contexto de pesquisa. O trabalho psicoterápico com este grupo ocorreu de fevereiro a abril de 2004.

No segundo semestre de 2004, estendi minha pesquisa de mestrado ao Hospital Universitário de Brasília, junto a um grupo de profissionais e gestantes. Este grupo tinha como propósito fornecer algumas informações para a saúde da mãe e do bebê após o parto.

Ao longo de 2004 e 2005, também dediquei-me intensamente ao atendimento clínico individual com três pacientes no pós-parto.

A partir de tantas fontes e de realidades sociais diferentes, percebo, desde já, a dificuldade em separar sistematicamente cada uma destas experiências para dar continuidade a esta pesquisa. Somado a este fato, é também de meu interesse preservar a particularidade da experiência trazida por cada mãe. Por isso opto por realizar uma pesquisa qualitativa sobre a vivência da gestante e da puérpera em relação à sua mãe, no contexto da gestação ao pós-parto. A fim de manter esta perspectiva, tomo como embasamento para a realização desta pesquisa, alguns princípios que apóiam este tipo de construção de conhecimento como próprio à pesquisa qualitativa, especificamente quanto ao método clínico psicanalítico.

Berlink (1993) afirma que a psicanálise é, ela própria, o método de pesquisa. Sua prática clínica não se desvencilha do processo de formação de conhecimento. Pelo contrário, a pesquisa faz parte de sua atividade. Isto porque a prática clínica constitui a fonte para a formulação de problemáticas que impulsionam a construção do saber metapsicanalítico. Ou seja, o trabalho da psicanálise é a base da teoria psicanalítica.

Ainda segundo o autor, para que se produza o conhecimento é preciso equilibrar pesquisa e prática, intervenção e reflexão. Mais especificamente quanto ao método psicanalítico, o pesquisador, também clínico, deve estar atento não só à subjetividade do outro que ouve e interage como também à sua própria subjetividade e a como ocorre a relação entre ambas na situação analítica. Deve estar particularmente atento quanto aos próprios sentimentos contratransferenciais. A este respeito, acrescento também a contribuição de Safra (2006) a este argumento, que afirma, justamente, que a importância

da intersubjetividade como campo clínico possibilitou à psicanálise ser um método de investigação intersubjetivo e simultaneamente dialógico, dentro e fora do consultório.

Acrescentado esta idéia, Berlink (1993) afirma que a pesquisa em psicanálise inicia-se por meio da transferência. Este processo acaba por colocar “o psicanalista num lugar muito específico que é o lugar de um não-saber a respeito de um enigma, lança imediatamente o psicanalista numa atividade de pesquisa...” (Berlink, 1993, p. 03). Trata-se, sem dúvida de um enigma, uma vez que é próprio do fenômeno transferencial sua natureza inconsciente.

Sendo assim, a passagem da clínica à construção teórica decorre primeiramente do próprio esforço em contar o caso clínico ou extratos do caso, de modo a descrever os fenômenos suscitados neste contexto. A partir daí, opera-se a necessidade de elaborar um texto teórico capaz de descrevê-lo e compreendê-lo.

Safra (2006), quanto a este ponto, apresenta uma outra perspectiva, em certo sentido complementar: talvez a psicanálise não deva ser compreendida como um método em si mesma, mas sim, como referência teórica que permita a possibilidade de interpretar a realidade. O que parece estar evidente, de modo geral, quanto ao processo de formação de conhecimento em psicanálise e o caráter privilegiado do encontro humano. Contrariamente ao processo positivista de construção de conhecimento¹, o modo de construção do conhecimento psicanalítico, embora também pautado na necessidade de rigor quanto à sua aplicação, não deixa escapar a subjetividade e a intersubjetividade. Pelo contrário, entende que aí está justamente o caminho de acesso à realidade e à originalidade.

¹ Baseado em uma perspectiva objetivista, na “descoberta” de leis gerais, por meios experimentais, a partir da pressuposição de acesso direto à realidade pelo método científico, especialmente a partir neutralidade e imparcialidade do pesquisador.

Entendo que esta perspectiva é bastante consoante com a própria história da investigação científica em psicanálise, visto que, desde Freud, a pesquisa e a formulação teórica derivam da singularidade dos casos clínicos. Além disso, a subjetividade do clínico/pesquisador é um elemento constitutivo e imprescindível na construção teórica.

A teoria, no caso a psicanálise, aparece neste estudo como um campo de inteligibilidade e não como fato *a priori*. Pretendo explorar a teoria psicanalítica a partir de uma leitura mais particularizada, que surge das experiências coletadas. O processo interpretativo não deve reduzir a riqueza, os imprevistos, a originalidade e a complexidade do objeto para que se apresente segundo uma linha de interpretação estabelecida.

Neste momento penso ser importante delimitar qual a entrada de minha própria subjetividade na pesquisa. Compreendo este fato, como o momento em que a problemática que estudo se revelou para mim. Embora minha vivência pessoal tenha tomado, proporcionalmente, uma parte menor do tempo se comparada ao período em que me dedico a este tema, foi ela que me possibilitou toda uma nova dimensão no entendimento sobre a maternidade: a fundamental importância das questões relativas às vivências entre a gestante/puérpera com sua mãe na construção da nova maternidade.

Isto ocorreu na medida em que, na minha própria experiência de gestação, ocasião em que contava com o apoio da análise, deparei-me com conteúdos que remetiam à relação com minha mãe. Foi com bastante surpresa que constatei que estes conteúdos tão fundamentais para mim, ecoavam no discurso de outras gestantes e puérperas. Percebi que aquelas questões que julgava, até então, serem pertencentes à particularidade de minha subjetividade, tomarem, contrariamente, uma dimensão coletiva. A partir de então, meu trabalho foi continuar a escutar outras mães, só que neste momento com interesse na pesquisa e na procura de um refinamento clínico para tais questões.

Minha experiência toma importância na medida em que me tornou sensível e atenta a um determinado tipo de processo. Processo que se apresentava na qualidade e especificidade da expressão de gestantes e puérperas sobre suas primeiras vivências afetivas junto suas mães.

A partir de minha entrada no universo da maternidade, percebi a importância de uma melhor compreensão sobre os conteúdos psíquicos manifestos na gestação e no puerpério que remetem à experiência arcaica da jovem mãe com sua própria mãe.

Desta forma, uma vez constatada a relevância desta temática na própria prática clínica, busquei referências na literatura psicanalítica que pudessem dar suporte teórico à investigação que realizo no presente trabalho. A perspectiva psicanalítica que mais diretamente se aproximou desta problemática situa-se na clínica contemporânea, mais precisamente, o conceito de *transparência psíquica*, proposto por Monique Bydlowski², decorrente de uma nova escuta clínica da gestação e da maternidade, tema relativamente ignorado na literatura clássica, que detalho no primeiro capítulo.

Minha aproximação com esta autora ocorreu em 2002, ano em que foi publicado, em Brasília, o livro *Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Esta obra é o resultado de uma coletânea de artigos referentes ao conteúdo do Curso de Especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do bebê, promovido pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), entre março de 2000 a 2001. Curso que, graças ao

² Atualmente é pesquisadora e professora em Paris, Université de Paris VII; diretora de pesquisa no Instituto Nacional da Saúde e de Pesquisas Médicas – INSERM – França. Laboratório de Pesquisa do Hospital Cochin Port-Royal, Psicopatologia da Perinatalidade – Hôpital Tarnier – Paris. Autora do livro de referência para este trabalho, *La Dette de Vie: itinéraire psychanalytique de la maternité* (1997), que ainda não conta com tradução para o português.

Programa de Cooperação Técnica Brasil-França, contou com a assessoria técnica de professores franceses, dentre eles, Monique Bydlowski.

Retornando especificamente ao conceito de *transparência psíquica*, na intenção de estabelecer uma concepção clínica mais sensível à temática das transformações afetivas das gestantes e puérperas, busco mapear as formulações teóricas provenientes dos autores clássicos que fornecem a base para a constituição deste novo conceito. Particularmente, são dois os principais conceitos: *regressão*, em Freud; e *preocupação materna primária*, em Winnicott. Ambos estão claramente presentes na fundamentação teórica do conceito de Bydlowski. A estes dois conceitos soma-se um terceiro, *identificação projetiva*, em Klein, que garante a especificidade de meu olhar, na medida em que subsidia e privilegia a atenção à relação primitiva da jovem mãe com sua própria mãe. A cada um dos conceitos acima relacionados, dedico um capítulo.

Por fim, fecho este estudo com a análise de minha própria experiência clínica. Para tanto, expondo quatro vinhetas clínicas, a partir das quais identifico os processos referentes aos conceitos mencionados acima – *regressão*, *preocupação materna primária* e *identificação projetiva* – de modo a discutir a noção atual de *transparência psíquica* no caráter constitutivo das experiências arcaicas da gestante junto a sua mãe, na dinâmica e na construção da nova maternidade.

CAPÍTULO

1

Aproximações Clínicas à Idéia de *Transparência Psíquica*

A gravidez é um período de grandes adaptações para a mulher. Estas permeiam todas as esferas da vida. São adaptações físicas, emocionais, existenciais, sexuais e relacionais. Neste trabalho, a partir de uma perspectiva psicanalítica, pretendo abordar as mudanças psicológicas decorrentes da gestação, primeiramente, apresentando uma nova perspectiva sobre a clínica da maternidade a partir do conceito de *transparência psíquica* e, num segundo momento, explicitando algumas considerações de minha própria experiência como terapeuta. Assim como esclareci na introdução do presente trabalho, mantenho meu interesse pela influência dos conteúdos arcaicos provenientes da relação primitiva entre mãe e filha na constituição de uma nova maternidade.

Com este objetivo, ao aproximar-me dos referenciais teóricos psicanalíticos clássicos sobre a clínica da maternidade percebi logo a dificuldade na abordagem deste tema. Pouco a clínica clássica psicanalítica dedicou-se ao estudo das transformações afetivas pelas quais a gestante passa. Mais amplamente, pouco a psicologia dedicou-se a tal temática.

Dentre os autores clássicos que contribuíram para este estudo, sem dúvida, D. W. Winnicott é um nome importante. Suas observações clínicas acerca do estado psicológico particular pelo qual a mulher passa no final da gestação e início do pós-parto forneceram uma relevante compreensão acerca dos processos psíquicos normais da maternidade. Especialmente a partir da noção de *preocupação materna primária*³, que descreve justamente este estado inconsciente caracterizado por um modo único de voltar-se para o interior de si mesmo (Newman, 1995).

Cito em particular este autor, pois a perspectiva contemporânea da clínica da maternidade, representada aqui por Bydlowski, que hoje desenvolve um importante trabalho na ampliação da compreensão psicanalítica desta temática, tem como referência as primeiras considerações de Winnicott. A aproximação entre estes dois autores encontra-se descrita mais à frente.

Dando continuidade às reflexões sobre as transformações psíquicas características do início da maternidade, dedico este capítulo ao trabalho clínico de Monique Bydlowski, privilegiando o conceito por ela elaborado de *transparência psíquica*. Este conceito está mais extensamente apresentado no livro de sua autoria, intitulado por *La Dette de Vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*⁴ (Bydlowski, 1997), ao tratar das representações inconscientes durante a gravidez. De forma breve, o conceito de *transparência psíquica* descreve um estado particular do psiquismo onde fragmentos do pré-consciente e do inconsciente encontram saída facilitada à consciência. E resulta da

³ Este conceito encontra-se mais detalhadamente descrito e discutido no capítulo 3 desta dissertação.

⁴ Uma vez que não existe tradução oficial deste livro para o português, as citações de Monique Bydlowski, ao longo deste capítulo, encontram-se na língua original, nas notas de rodapé. As traduções para o português utilizadas no corpo do texto são de minha própria autoria.

prática de numerosos anos de pesquisa realizada por esta psiquiatra e psicanalista no meio obstétrico, com gestantes e puérperas, consideradas psiquicamente sadias.

Para a autora, seus anos de prática clínica e de pesquisa com mulheres em período gestacional, colocam uma questão central sobre diferentes ângulos:

“[...] a vida fantasmática feminina é ela mesma influenciada pelo desenvolvimento de uma gravidez? Representações psíquicas habitualmente inconscientes são portanto transmissíveis para a criança? Seria a gestação materna um momento privilegiado da implementação do fundamento do inconsciente da criança que está por vir? Existe alguma continuidade entre a vida psíquica pré-natal da futura mãe e as premissas do psiquismo de sua criança?”⁵ Bydlowski (1997, p. 91).

Segundo Bydlowski (1997), estas questões foram pouco estudadas pela psicanálise. Muito embora a psiquiatria infantil admita a relevância do impacto da subjetividade parental sobre o desenvolvimento da personalidade das crianças, raramente a vida psíquica de mãe gestante esteve no centro das preocupações dos psicanalistas. Este relevante silêncio da psicanálise quanto à expressão e a especificidade do discurso das mulheres durante a gestação pode ser justificado, para a autora, como decorrente de dois fatores. Um deles se refere ao fato da gestação ocupar um período muito breve da vida, mesmo que seja um fenômeno repetitivo no percurso do desenvolvimento feminino. E outro, devido à noção de que, quando a gravidez começa durante uma cura clássica, trata-se muitas vezes de um *acting-out*, gerador de um grande silêncio sobre o divã.

Por outro lado, a experiência clínica da Bydlowski (1997) sugere que o processo gestacional é um momento único, de um psiquismo particular, susceptível e particularmente permeável aos fragmentos do inconsciente. Seria um fenômeno que clinicamente poderia

⁵ “[...] la vie fantasmatique féminine est-elle influencée par le développement d’une grossesse? Des représentations psychiques habituellement inconscientes sont-elles alors transmissibles à l’enfant? La gestation maternelle est-elle le moment privilégié de la mise en place du fondement de l’inconscient de l’enfant à venir? Existe-t-il une continuité entre la vie psychique prénatale de la future mère et les prémices du psychisme de son enfant?” Bydlowski (1994, p. 91).

caracterizar graves quadros psicopatológicos, notadamente de psicoses, mas que, na mulher grávida, apresenta-se como um evento ordinário. Este é justamente um ponto crucial para o trabalho psicanalítico.

Como já pontuado, fica clara a referência, no trabalho de Bydlowski, às observações de Winnicott na clínica pediátrica e psicanalítica, quanto a este aspecto da normalidade de um processo psíquico transformado. Winnicott foi um dos primeiros estudiosos a constatar que, não houvesse a presença da criança, o estado particular da gestante poderia ser considerado psicopatológico. Um estado de *preocupação materna primária* caracterizado pela sensibilidade exarcebada da mãe em relação ao seu bebê logo após o parto (Winnicott, 1956).

Além de Winnicott, outros autores também são importantes à abordagem contemporânea da maternidade. Segundo Bydlowski (1997), dizer que a gravidez é um período de crise psíquica, não é uma novidade. Alguns autores, como Bibring e Racamier, inspirados no trabalho de Erikson sobre a adolescência, já haviam apontado nesta direção. Para eles a gravidez, semelhante à adolescência, é um período de grandes conflitos em que, a cada nova etapa do desenvolvimento biológico, faz-se necessário o cumprimento de um certo número de tarefas psíquicas. A passagem para a etapa seguinte depende da execução da etapa anterior. De forma que a gravidez se configura como uma crise maturativa; despertando ansiedades e conflitos latentes, e possibilitando, concomitantemente, novas formas e potencialidades de engajamentos nestes conflitos com a finalidade de contribuir na construção de uma nova identidade (Bydlowski, 2001). Cito um trecho da autora que esclarece bem esta questão:

“Diferentemente da crise nevrótica ou psicótica em que vemos se auto-sustentar no preço de um importante desperdício de energia defensiva, a crise maturativa – da adolescência ou da gravidez – deve ser compreendida como uma crise que é vivida

na mobilização da energia. [...]. Esta crise contém sua própria capacidade evolutiva e contribui para o processo de formação de uma identidade nova.” Bydlowski (1997, p. 93).⁶

Outras importantes influências para a abordagem da clínica da maternidade, assim como descreve Bydlowski (1997), foram trazidas por Stern, Lebovici e Cramer, representantes de um movimento interacionista que procura correlacionar os conteúdos psíquicos maternos às reações do bebê. Este trabalho envolve a observação do modo pelo qual as diferentes entonações, sorrisos e expressões são comunicadas durante a interação da mãe com seu bebê. Por meio destes diferentes gestos de cuidado, a nova mãe ativa representações de seu passado; suas felicidades e seus traumas (Bydlowski, 1997).

A partir destas diferentes perspectivas para com o estudo do psiquismo materno, a autora delimita seu interesse sobre aqueles conteúdos maternos perceptíveis logo nos primeiros atendimentos clínicos, durante a gravidez. Uma vez que estes conteúdos demonstram grande influência sobre interações comportamentais e fantasmáticas com a criança. Fazendo da clínica da gestação, sobretudo, uma clínica preventiva.

Segundo Bydlowski (1997), a motivação para o aprofundamento de seu estudo parte das seguintes considerações:

“Nosso objetivo – e aí reside, acreditamos, a sua originalidade – consiste em estudar, durante a gravidez de mulheres psicologicamente sadias, este espaço que se encontra no limite do intrapsíquico e do intersubjetivo. Neste campo de pesquisa, a criança, em sua dupla presença e ausência, é tanto atual quanto representável unicamente por elementos do passado.”⁷ Bydlowski (1997, p. 93-94).

⁶ “À la différence de la crise névrotique ou psychotique que l’on voit s’auto-entretenir au prix d’un important gaspillage d’énergie défensive, la crise maturative – de l’adolescence ou de la grossesse – est à comprendre comme une crise qui se traverse en mobilisant de l’énergie. [...]. Cette crise contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d’une identité nouvelle.” Bydlowski (1997, p. 93).

⁷ “Notre propos – c’est là que réside, croyons-nous, son originalité – consiste à étudier, pendant la grossesse de femmes psychologiquement saines, cet espace que est à la limite de l’intrapysichique et de l’intersubjectif. Dans ce champ de recherche, l’enfant, en sa double présence e absence, est à la fois actuel et représentable uniquement par les éléments du passé.” Bydlowski (1997, p. 93-94).

Bydlowski (1997), ao longo de seus atendimentos clínicos, observa que, logo nas primeiras semanas da gravidez, o funcionamento do psiquismo da mulher encontra-se alterado. Pode ser, em alguns casos, notado antes mesmo dela saber de sua gravidez. Descreve como um estado relacional particular que se manifesta num chamado de ajuda latente, ambivalente e quase permanente, caracterizado por um certo radicalismo e autenticidade particular do psiquismo. Esta crescente alteração do modo de funcionamento habitual provoca o movimento de interiorização de modo que: “Estas mulheres estabelecem sem obstáculos uma correlação evidente entre a situação de gestação atual e as lembranças de seu passado.”⁸ Bydlowski (1997, p. 94).

A partir destas disposições, em que os conteúdos inconscientes ganham visibilidade, somado à constante demanda de um referencial que seja consistente o suficiente para dar suporte a estas novas vivências, para Bydlowski (1997), estão estabelecidas as condições favoráveis para a construção da aliança terapêutica.

A crescente interiorização acaba por resultar, segundo a autora, num progressivo desinvestimento do mundo exterior. Tanto das atividades profissionais como das relações afetivas, mesmo passionais. Descreve esse retraimento como um fenômeno pertencente à ordem da normalidade no contexto da gestação. O não conhecimento das particularidades desta clínica pode levar à idéia errônea de tratar a gestante como frágil e/ou depressiva. Assim, o desinvestimento dela quanto às atividades que antes eram fonte de prazer, poderia ser falho se remetido, por exemplo, a um diagnóstico direto de *Episódio Depressivo Maior*. Justamente, segundo o DSM-IV, um dos critérios que cumprem este diagnóstico é perda de

⁸ “Ces femmes établissent sans gêne une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations de leur passé.” Bydlowski (1997, p. 94).

interesse ou prazer nas atividades, se comparado ao funcionamento e investimento anterior feito pelo sujeito.

Por oposição a esta progressiva retirada libidinal do mundo externo, o que se processa, em compensação, é o crescente investimento em si mesmo. Assim como assinala Bydlowski (1997), no início da gestação a criança é uma simples idéia que, após algumas semanas, passa a ser sustentada por percepções sensoriais. Esta crescente “presença” evidenciada pela barriga que se expande provoca um novo investimento que é sobretudo um investimento narcísico, uma vez que o objeto de investimento pertence à própria pessoa. A autora, ao pontuar a intensidade pela qual se processa este movimento das dinâmicas psíquicas, descreve:

“Ele invade progressivamente o psiquismo da futura mãe com uma intensidade tamanha que nenhuma realidade, nem mesmo a da imagem ecográfica da criança, poderá limitá-la até o dia do nascimento. A intensidade desta invasão é comparável à do enamoramento. O estado amoroso realiza aí uma invasão semelhante do psiquismo, mas na gravidez o objeto não é distinto de si.”⁹ Bydlowski (1997, p. 97).

Nesta mesma direção, Bydlowski (1997) constata que, contrariamente ao que se poderia considerar numa condução psicanalítica clássica na qual a gravidez se inicia num processo de cura terapêutica, o que se apresenta mais real nos atendimentos pré-natais é um incremento na demanda de expressão. Esta expressão é marcada por grande riqueza narrativa, reveladora dos conteúdos inconscientes fundamentais à vida psíquica das mulheres que os relatam.

⁹ “Il envahit progressivement le psychisme de la future mère avec une intensité telle qu’aucune réalité, pas même celle de l’image échographique de l’enfant, ne viendra la limiter jusqu’au jour de la naissance. L’intensité de cette invasion est comparable à celle de l’énamouration. L’état amoureux réalise bien une invasion semblable du psychisme, mais dans la grossesse l’objet n’est pas distinct de soi.”Bydlowski (1997, p. 97).

Um aspecto relevante dessa narrativa, pontuado por Bydlowski (1997), é o fato das gestantes pouco falarem sobre seus bebês. Este ponto gera grande perplexidade em quem as escuta, especialmente no meio médico e familiar, que estabelece um interesse prioritário pelo bebê que está por vir. No trecho abaixo, a autora explicita este ponto da seguinte forma:

“[...] a maioria das mulheres que teve a ocasião de se expressar livremente é silenciosa sobre a criança que elas carregam consigo e focalizam nostalgicamente sobre aquela que foram outrora. As fantasias que dizem respeito à criança que está por vir têm um espaço restrito, às vezes nulo, em seus propósitos espontâneos. A criança imaginária, se ela existe, é cautelosamente mantida no sigilo! Partilhando nós mesmos o ideal social que faz da criança o sujeito principal da gravidez, pensamos que a criança esperada será o tema dominante do pensar da mulher grávida e o sujeito o mais freqüentemente abordado durante as entrevistas clínicas com elas. Vale constatar que se produz exatamente o inverso.”¹⁰ Bydlowski (1997, p. 96).

Estes dois aspectos da expressão materna, por um lado o intenso afloramento de conteúdos inconscientes provenientes do passado materno, por outro, o silêncio quanto ao bebê aguardado, fornecem as bases para idéia de *transparência psíquica*. A *transparência psíquica*, segundo Bydlowski (1997), pode ser compreendida como um determinado “terreno psíquico”, próprio do processo gestacional, caracterizado por um inconsciente transformado que não mais garante o “segredo” de seus conteúdos. O inconsciente estaria, nesta fase, particularmente aberto, vulnerável e suscetível, permitindo que os conflitos recalçados, que ativamente procuram uma saída para a consciência, encontrem-na de forma facilitada. Bydlowski (1997) evidencia que, nos atendimentos clínicos com gestantes, é

¹⁰ “...la plupart des femmes qui ont l’occasion de s’exprimer librement sont silencieuses sur l’enfant qu’elles portent et se centrent de façon nostalgique sur celui qu’elles ont été autrefois. Les représentations de l’enfant à venir, les fantasmes le concernant, tiennent une place restreinte, parfois nulle, dans leurs propos spontanés. L’enfant imaginaire, s’il existe, est soigneusement maintenu au secret! En participant nous-même à l’idéal social qui fait de l’enfant le sujet principal de la grossesse, nous pensions que l’enfant espéré serait le thème dominant de la pensée de la femme enceinte et le sujet le plus fréquemment abordé au cours d’entretien cliniques avec elle. Il est remarquable de constater qu’il se produit exactement l’inverse.” Bydlowski (1997, p. 96).

observável um intenso e vívido ressurgimento de imagens e idéias que não encontram respaldo na razão. Por vezes também se nota o retorno de antigas sensações de um afeto doloroso ou uma tristeza irracional. Tratam-se de conteúdos pertencentes à história infantil destas mulheres que, uma vez mais, tornam-se presentes.

Do ponto de vista metapsicológico, segundo a autora, a *transparência psíquica* deve ser compreendida como um estado psíquico particular, caracterizado por uma maior abertura e permeabilidade para com o inconsciente. É próprio deste estado o intenso retorno de certas fantasias regressivas. Ou seja, caracteriza-se pela presentificação de memórias infantis, motivada por um afluxo regressivo. Fomentando-se, assim, a reativação de lembranças e de antigas representações que testemunham, fundamentalmente, um psiquismo em transparência. Esta descrição pode ser encontrada nas seguintes palavras da autora:

“Pode-se compreender que a problemática das mulheres grávidas normais tenha sido considerada como patológica. A intensidade do ressurgimento de certas fantasias regressivas e o afluxo de memórias infantis expressas sob um modo nostálgico, contrastam com a ausência de um discurso razoável sobre a realidade do feto.”¹¹ Bydlowski (1997)

A partir destas constatações clínicas, Bydlowski coloca-se as seguintes perguntas que acredito ser oportuna sua transcrição:

“Quais as razões desta transparência? Porque estas mulheres normais calam com tanta intensidade a criança que carregam e liberam, por oposição, tão facilmente fantasias e recordações que, em geral, são pouco ouvidas além da conjectura particular da gravidez?”¹² Bydlowski (1997, p. 97).

¹¹ On peut comprendre que la problématique de femmes enceintes normales ait été considérée comme pathologique. L’intensité de la résurgence de certains fantasmes régressifs et l’afflux de remémorations infantiles exprimées sur un mode nostalgique contrastent avec l’absence d’un discours raisonnable sur la réalité du fœtus.” Bydlowski (1997, p. 97).

¹² “Quelles sont les raisons de cette transparence? Pourquoi ces femmes normales taisent-elles si intensément l’enfant qu’elles portent et livrent-elles au contraire si aisément des fantasmes et des remémorations qui ne se font généralement guère entendre en dehors de cette conjoncture particulière qu’est la grossesse?” Bydlowski (1997, p. 97).

Existiriam, então, assim como justifica a autora, dois fenômenos que responderiam a estas perguntas. Um deles refere-se à um rebaixamento das forças defensivas que garantiam o recalque de forma a manter inacessíveis os conteúdos infantis inconscientes. O outro fenômeno seria o hiperinvestimento sobre o objeto criança que está por vir; objeto que se configura como um grande desafio ao psiquismo materno.

Quanto ao primeiro fenômeno, constata-se que o aparelho psíquico, durante a gestação, já não mais garante, assim como o faz no curso habitual da vida, que as lembranças fiquem ancoradas no fundo do esquecimento, sobretudo aquelas que acarretam um certo sentimento de desprazer ao eu. Em outras palavras, mantidas inconscientes por força do recalque.

Uma vez que a força do recalque está enfraquecida, o psiquismo passa a tornar-se aberto, transparente. As lembranças, que até então se encontravam retidas no inconsciente, por acarretarem forte sentimento de embaraço e de vergonha, tornam-se acessíveis e são então entregues, sem mais cesura, à consciência. Segundo a autora, os conteúdos conseqüentes à diminuição do efeito do recalque, na vida psíquica das gestantes, podem ser descritos da seguinte forma:

“Se esta força é liberada – o que ocorre por ocasião da gravidez – as lembranças embaraçosas poderiam vir aflorar na superfície e serem então liberadas sem censura nos propósitos espontâneos suscitados por uma entrevista. Assim, lembranças escabrosas e inconfessáveis poderiam ser distribuídas sem pudores, em palavras. As reminiscências que afluem assim tocam também a sexualidade infantil naquilo que ela tem de mais misterioso para a criança de outrora que sua imaturidade manteve afastada dos segredos dos adultos.”¹³ Bydlowski (1997, p. 98).

¹³ “Si cette force se relâche – ce qui survient à l’occasion de la grossesse –, des souvenirs gênants peuvent venir flotter en surface et être alors livrés sans retenue dans les propos spontanés suscités par un entretien. Ainsi, des souvenirs scabreux ou inavouables peuvent être distraits touchant souvent à la sexualité infantile dans ce qu’elle a de plus mystérieux pour l’enfant d’autrefois que son immaturité tenait à l’écart des secrets des adultes.” Bydlowski (1997, p. 98).

Por outro lado, a transparência ocorre em decorrência de um segundo fenômeno, a intensidade do investimento psíquico materno sobre o bebê. Este fato poderia causar estranheza, uma vez que, para nossa perplexidade, a gestante pouco fala sobre ele. Paradoxalmente, assim como relembra Bydlowski (1997) o hiperinvestimento está, justamente, fundamentado em seu silêncio. Em outras palavras, psicanaliticamente, o ato de se ocultar um determinado conteúdo é, por fim, uma das provas mais evidentes de sua forte erotização.

A autora descreve a transparência do psiquismo a partir de uma compreensão da dinâmica de forças psíquicas. O que ocorre então, em função da gestação, seria o hiperinvestimento de energia psíquica para com a criança e o conseqüente rebaixamento das defesas sobre os conteúdos inconscientes maternos.

Este hiperinvestimento sobre a criança abre caminho para o retorno do passado infantil da gestante. Segundo Bydlowski (1997), poder-se-ia entender a intensidade deste retorno como uma força análoga à da transferência. Neste contexto, a transferência se dá sobre a criança criando-se um elo que permanecerá por toda a vida. “A erotização da gravidez é uma energia nova que desvaloriza o que era anteriormente erotizado.”¹⁴ (Bydlowski, 1997, p. 99).

Assim sendo, a relevância do novo objeto criança abre caminho para o retorno do que estava oculto, ou seja, provoca atração pelo objeto interno criança do passado. E é exatamente esta atração ou investimento narcísico, devido ao fato do objeto ser pertencente à própria pessoa, que a autora constata nos atendimentos.

¹⁴ “L’erotisation de la grossesse est une énergie nouvelle qui dévalue ce qui était précédemment érotis.” Bydlowski (1997, p. 99)

Isto pode ser diferente, no entanto, em caso de falecimento pré-natal ou após outras fatalidades obstétricas que ameaçam a tranquilidade da mãe sobre o bebê. Nestas, a preocupação e ansiedade frente à saúde do bebê tendem a trazer a criança como sujeito principal da fala materna. No entanto, de modo geral: “Quanto tudo vai bem, nada se diz”¹⁵ (Bydlowski , 1997, p. 99).

Esse grande investimento no objeto interno faz com que as temáticas psíquicas, que são estranhas a esta invasão narcísica, sejam desinvestidas. Provocam o retraimento com relação ao mundo externo, em que aquelas atividades que eram tão importantes passam a ter menos apelo. Até que, após o nascimento, progressivamente, esta erotização do bebê interior se desfaz em benefício da ressexualização da vida conjugal e social, de modo que as mulheres dificilmente conseguem se lembrar quando se recuperaram.

Numa análise dos relatos de mães, coletados por Bydlowski (1997), percebo que tratam-se de lembranças referentes às temáticas narcísicas, de regressão oral bem como de fantasias infantis incestuosas. Para algumas mulheres, observa-se também na temática a busca das impurezas e a preocupação com a limpeza, ou ainda um falecimento antigo que ganha atualidade e pode ser, no momento privilegiado da gravidez, elaborado.

Com tantas temáticas diferentes, acredito ser oportuno neste momento descrever um pouco de minha própria experiência clínica. Os casos que pude acompanhar junto às gestantes e puérperas me fazem acreditar na grande relevância das temáticas de regressão oral. Foi justamente esta constatação que levou minha curiosidade sobre a experiência da gestante, pautada na revivência de relações arcaicas entre ela, enquanto bebê, e sua mãe.

De maneira bastante similar a Bydlowski (1997), experimentei um certo estranhamento quanto ao que se passava no processo afetivo das gestantes. Isto se deve,

¹⁵ “Quand tout va bien, rien ne se dit” Bydlowski (1997, p. 99).

em boa medida, ao fato dos bebês não se tornarem o centro de sua expressão e motivação para diálogo com o mundo.

Contrariamente às minhas expectativas prévias - e é aí que encontro um importante ponto de proximidade com Bydlowski (1997) - observei nos atendimentos um extraordinário incremento na expressão e na riqueza dos conteúdos trazidos por essas mulheres. Conteúdos reveladores do inconsciente, fundamentais à vida psíquica do sujeito que os relata. Por oposição à representação recorrente que traduz a gestante como um sujeito que vivencia uma sensibilidade infantil e despropositada, e, portanto, desvalorizada, percebi, por meio da circunstância clínica, que a gestação é, sobretudo, um momento de grande potencial maturativo para a mulher. Um estado que constitui relevante processo de desenvolvimento psíquico.

Outro aspecto, em que me identifico com a perspectiva de Bydlowski (1997), é a constatação de que, para as próprias mães, a recordação de conteúdos tão secretos e antigos é também surpreendente. Segundo a autora, isto se deve ao fato da força com a qual as reminiscências antigas e fantasias habitualmente esquecidas afluem à memória. Pois, mesmo que tais lembranças já não provoquem mais tanto desprazer, nestas circunstâncias, sua presença torna-se, por outro lado, forte e imperativa. As mães tendem a descrever este retorno como algo surpreendente em função da vivacidade com a qual as lembranças surgem após ficarem por tanto tempo esquecidas.

A partir de tantas particularidades cruciais à experiência da maternidade, ressalto a necessidade de uma abordagem clínica que seja mais sensível. Noto que, de modo geral, os autores que investigaram as mudanças psicológicas das gestantes tinham por base dois objetivos que, embora constituam uma real necessidade de estudo, não aprofundam a importância desta crise psíquica materna para desenvolvimento da própria mulher. Sendo o

primeiro deles relativo às mudanças psíquicas maternas como fenômeno necessário para o sucesso da maternagem após o parto. Segundo, por compreenderem que os conteúdos inconscientes da mãe constituem uma primeira base para os fundamentos do psiquismo incipiente no bebê.

Pude observar, com bastante clareza, que o interesse numa escuta que compreenda esse período tão particular da vida como um momento de amadurecimento psicológico da mulher, favorece a melhor reorganização da identidade e da experiência em si mesma.

Quanto à especificidade desta escuta, minhas observações tomam outras nuances a partir da noção de *transparência psíquica* da jovem mãe. Ao escutar gestantes e puérperas, além delas mesmas, aparecia um outro personagem fundamental: suas próprias mães. Embora esta idéia esteja contida na própria definição de *transparência psíquica*, a temática da relação arcaica entre mãe e filha, se comparada às várias possibilidades encontradas por Bydlowski (1997) no discurso materno, mostrou estar em primeiro plano. As outras temáticas explicitadas no trabalho da autora tratam também de questões edípicas, cenas de falecimento mal resolvidos, dentre outros exemplos. Especialmente os conflitos edípicos, pois, de fato, cada vez mais concretamente, o bebê torna-se presente e integra-se à dupla pai e mãe, compondo uma tríade afetiva.

Dando continuidade às minhas observações, as recordações das mães que tomaram maior destaque, ao longo do meu trabalho, relacionavam-se às sensações provenientes da experiência delas com suas mães. Tais recordações, que se encontram exemplificadas mais detalhadamente no capítulo 5, tinham por característica fundamental a espontaneidade das sensações que brotavam, como também o impacto da enorme dificuldade de traduzi-las em palavras.

Na minha prática clínica, estávamos, eu e as mães, frente a um movimento regressivo rumo a uma história arcaica do contato delas com suas mães. A mãe da qual elas falam não era exatamente a mãe atual, mas sobretudo a mãe introjetada do passado. Suas falas expressavam sensações primitivas de um bebê que se encontrava em interação com o outro que o maternava.

Esta questão pode ser um acréscimo ao que Bydlowski explica por *transparência psíquica*, devido à atração pelo objeto interno. Pelo que pude acompanhar, a experiência na tenra maternidade caracteriza-se pela atração do objeto interno criança, mas também pelo objeto internalizado mãe. E nisto, acredito, consiste a importância de compreender que a maternidade seria uma reatualização da antiga maternagem. Não só de forma a proporcionar à mulher uma maior sensibilidade para com as necessidades de seu novo bebê, mas também em proporcionar os fundamentos para que possa se ocupar um lugar materno, à medida que, gradualmente, se “desliga” do papel filial.

Esta passagem, de filha à mãe, é vivida, pela maioria das mulheres que atendi, de forma saudosista no que se refere àqueles momentos de amparo materno, como também forma dolorosa em função da revivência de sensações de desamparo. Para algumas gestantes, a revivência de conflitos arcaicos em seus corpos, faziam-nas sentir-se desamparadas e desacreditadas quanto à capacidade de maternarem seus bebês, ao mesmo tempo em que tratavam a maternagem do passado como dolorosa e insuficiente. Por outro lado, para algumas mulheres, o objeto materno proporcionava tanta satisfação que por vezes ficavam na dependência, presas a um modo de satisfação oral no qual a presença materna tornava-se necessária para que, elas mesmas, pudessem sentir-se mães.

De modo geral, no entanto, o processo mais recorrente era um retorno dos conteúdos conflitivos referentes ao passado, em que a maternagem foi vivenciada, que

retornavam sob forma de sensações indescritíveis, ou de difícil elaboração simbólica. Conjuntamente, essas mulheres efetuavam algum tipo de limitação na relação entre elas e suas mães, e, algum tempo após o parto, retornavam para a companhia de suas mães de forma mais prazerosa ou menos angustiante se comparada à interação vivida antes da gravidez.

Assim como esclarece Bydlowski (1997), este processo regressivo necessita ser, após o nascimento do bebê, gradualmente desfeito. Ou seja, o retorno para o passado serve como terreno preparatório para a maternidade atual, mas necessita ser esquecido mais uma vez. Em função deste mecanismo, comecei a perceber que o afastamento recorrentemente realizado pelas pacientes em relação às suas próprias mães tratava-se, no fim, de uma tarefa necessária, embora intensa e por vezes muito dolorosa.

Contudo, embora tenha constatado uma certa repetição do processo descrito acima, vale lembrar que gestante experiencia seus conteúdos infantis de modo particular. De acordo com as especificidades de sua subjetividade, constituída numa trajetória de vida singular.

A questão do afeto em relação à mãe chegava à clínica também de forma mais explícita. De modo geral, nos momentos em que o tema, “relação mãe e filha”, surgia entre as gestantes e as puérperas, elas demonstravam reconhecer sua importância neste novo momento de vida. Aparecia mais imediatamente em decisões como a presença ou não da mãe no parto, muitas vezes correlacionada à história do parto do passado. Também na necessidade de mediar a aproximação da futura avó na nova díade mãe-bebê.

A decisão de se ter ou não a mãe presente no parto era um assunto bastante comentado. De forma geral, as mulheres alegavam que suas mães não seriam capazes de “suportar” assisti-las no momento do parto.

Quanto a este ponto, vale comentar que, nos grupos que acompanhei, na maioria dos casos, as pacientes e os profissionais compartilhavam ou, no mínimo, se identificavam com um tipo específico de modelo cultural de maternidade. Este modelo caracterizava-se pela procura de uma maternidade mais próxima possível do “natural”. Ou seja, um parto em que a gestante tenha maior poder e consciência de seu próprio corpo, de preferência com o mínimo de intervenção médica. Também esta representação estava presente nas expectativas do pós-parto, na valorização da amamentação, como representante do sucesso da maternagem.

Resumindo, percebi na escuta destas pacientes, a preocupação que suas mães não conseguiriam ampará-las durante o parto (a expectativa comum era de um parto vaginal) pois se tratava de uma vivência potencialmente dolorosa. Segundo as gestantes, suas mães, ao não suportarem o “sofrimento” das filhas, teriam a iniciativa de intervir no parto em que elas mesmas deveriam realizar. Tal interferência era sentida como uma ameaça, que poderia “impedir” que elas se tornassem mães. Percebia que havia também outros aspectos desta decisão como, por exemplo, a necessária disponibilidade para exposição do corpo, da sexualidade, do prazer e da dor.

Em relação ao pós-parto, as jovens mães também demonstravam certa ansiedade quanto à necessidade de presença ou de afastamento de suas mães. Independente da decisão tomada, o que tornava-se relevante, do meu ponto de vista, era a postura em assumir um certo poder de mediação na relação entre seus bebês e as avós maternas.

Em boa medida, as transformações sociais urbanas descaracterizaram o suporte da família extensa no pós-parto e o pai, assim como pude constatar no grupo, passou a ocupar função vital de suporte na dupla mãe-bebê. Neste sentido, eram comuns relatos em que a mãe, que tradicionalmente teria o papel de acompanhar a filha no parto e nos primeiros

cuidados com a criança, foi substituída pelo marido da parturiente. Isto, por sua vez, permitia que a ambivalência frente à mãe pudesse tomar, em certa medida, maior visibilidade no início da maternidade.

Resumidamente, percebi, ao longo de minha pesquisa no contexto da clínica da gestação e do puerpério, que as jovens mães vivenciavam um psiquismo em transparência, a partir do qual tornavam mais uma vez presentes sensações e imagens arcaicas, de quando ainda eram bebês. Minha contribuição, no entanto, fundamenta-se na constatação de que estes conteúdos reiminiscentes evocam a figura materna de outrora. Ou seja, trato de um tema que embora Bydlowski não tenha se estendido, descreve como recorrente em meus atendimentos: a necessidade de compreender a *transparência psíquica* como um mecanismo intra-subjetivo que evoca a dinâmica relacional originária, possibilitando uma nova reorganização psíquica para a concretização da maternidade, a saber, a relação entre mãe e filha do passado. A regressão, nesta perspectiva, ocorreria não só pela atração do objeto bebê, mas sim de um bebê em interação com o objeto internalizado materno.

Não é apenas o bebê do passado que se reatualiza no momento da gravidez e puerpério, mas também toda a dinâmica relacional deste bebê com o outro que o materna. Este momento atua de modo a provocar tanto um período de crise maturacional que concretize a nova maternagem, bem como representa grande potencial na medida em que permite uma profunda e importante reorganização daqueles conteúdos inconscientes, conflituosos. Resultando numa maior maturidade e desenvolvimento psíquico da mulher.

Para concluir, pontuo a grande importância do conceito de *regressão* que pode ser notado durante toda a discussão deste capítulo. Desta forma, no capítulo seguinte, a partir da elaboração de Freud, procuro fazer uma análise detalhada do que seria o mecanismo regressivo. Pontuo uma reflexão central para este trabalho que são as diferentes inserções

do conceito de *regressão* na compreensão de algumas psicopatologias bem como de uma capacidade psíquica saudável, observável em eventos comuns.

CAPÍTULO

2

A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE *REGRESSÃO* NA OBRA DE S. FREUD.

Este capítulo é dedicado ao estudo do conceito de *regressão* em Freud ao longo de sua obra. Como já foi esclarecido na introdução da presente dissertação, tal pesquisa tem grande importância no sentido de proporcionar uma melhor elucidação dos estados psicológicos vivenciados na gestação. Revisitar tal conceito em Freud é entender sua importância fundamental para a constituição da experiência da maternidade do ponto de vista psíquico.

Assim, segue-se uma análise dos diferentes significados do conceito de *regressão* em Freud, para sua posterior aplicação na compreensão das dinâmicas psíquicas a partir dos relatos clínicos. Vale esclarecer, no entanto, que a sobreposição deste conceito e os casos clínicos será apresentada no capítulo 5.

Ao percorrer a obra de S. Freud em busca do processo de construção do conceito *regressão*, logo constato que este não esteve dado desde o início, mas foi delineado ao longo da formulação da própria teoria psicanalítica. Inicialmente a *regressão* não encontrou

um lugar muito privilegiado nestas construções metapsicológicas. Foi, especialmente, na teoria dos sonhos que ganhou um sentido próprio. Por agora, neste capítulo, procuro determe a uma especial finalidade às construções do autor mantendo como objetivo, num segundo momento no capítulo 5, iniciar uma discussão a respeito da forma e função da *regressão* na gestação e pós-parto.

No livro *A Interpretação dos Sonhos* numa nota de rodapé acrescentada em 1914, Freud (1900) atribuiu o surgimento do conceito de *regressão* ao escritor escolástico do século XIII, Albertus Magnus e ao filósofo Hobbes (1651), no *Leviatan*. No entanto, a utilização deste conceito em sua obra, ao menos inicialmente, aproximou-se mais da descrição feita por Breuer a respeito da clínica com histéricas. Constatado tal aproximação na obra de Breuer junto a Freud (1895). A palavra alemã traduzida neste texto para o português como *retrogressiva* foi “*rückläufig*”, ou seja, o termo fora inicialmente citado em sua forma adjetiva e não em sua forma substantiva, “*rücklaufen*”.

Breuer (1895), num capítulo dedicado às observações teóricas a respeito da histeria neste mesmo texto, declarou reconhecer tanto a determinação psíquica como não-psíquica frente o surgimento do quadro histérico. Ao tratar especificamente das dores histéricas, denominadas por ele como “alucinações de dor”, argumenta que estas ocorrem devido uma questão psicológica (ideacional), mas que, para que produza uma “real” sensação de dor, encontram-se apoiadas numa excitabilidade anormal dos órgãos relativos à condução e percepção da dor.

Neste contexto, o autor, ao explicar as “alucinações de dor” relatadas por pacientes histéricas, transpõe o conceito geral sobre alucinações por ele formado. As alucinações de modo geral são então entendidas como uma excitação “retrogressiva” modificadora do aparelho perceptivo em um sentido anormal, em função de uma imagem mnêmica. Breuer

fez a observação sobre a impossibilidade de coexistir, em apenas um sistema, a dupla função de armazenamento (memória) e reprodução (aparelho perceptivo). Outra observação também importante é a de que os estados alucinatorios de pessoas normais durante os sonhos se difere das alucinações de dor, devido a questão anteriormente já assinalada, e de que existe uma alteração do aparelho relacionado com as sensações de dor.

Com estas suposições a partir do pensamento de Breuer tornara-se, já preparado, o caminho que Freud percorreu posteriormente até chegar ao conceito de *regressão* e seus três tipos: *Topográfico*, *Temporal* e *Formal*. Para tanto, sigo a linha cronológica das publicações realizadas pelo autor, tendo como auxílio, a nota realizada pelo Editor Inglês, James Strachey, no final da Parte I do “Projeto” de 1895 denominada “O Uso de Freud do Conceito de Regressão”.

Segundo a síntese acima citada, ao que consta na obra freudiana, a palavra *regressão*, traduzida do alemão “*Regression*”, apareceu pela primeira vez cerca de 18 meses mais tarde à publicação de Breuer (1895) sobre a caracterização da “alucinação histérica”, num rascunho enviado à Fliess, datado do dia 02 de maio de 1897 (rascunho L), Freud (1950[1892-1899]).

Este rascunho, anexo à Carta 61, refere-se aos caminhos para o acesso às cenas primárias por meio das fantasias. Segundo o texto, as fantasias se constituem por meio de conteúdos que foram ouvidos e por acontecimentos experienciados no passado. Os sonhos, por sua vez, são estabelecidos por meio de coisas vistas, de imagens. O autor já apontava, em tal circunstância, que embora a fantasia se assemelhe muito à construção dos sonhos, sua forma de apresentação se deve pela ocorrência de uma progressão. Enquanto os sonhos ocorreriam por meio de *regressão*.

Embora esta idéia fique mais clara somente na publicação de 1900 sobre os sonhos, este texto sugere que, já em 1897, Freud parecia ter chegado a algumas conclusões importantes sobre a teoria dos sonhos e do fenômeno da *regressão*. Vale ressaltar ainda que mesmo anteriormente a este rascunho, nas duas últimas partes do *Projeto* (1950[1895]), Freud abordou as principais características do funcionamento onírico, momento em que já esboçava o que posteriormente denominaria como *regressão topográfica*.

Pode-se dizer que, o que Freud (1950[1895]) nos trouxe no *Projeto para uma Psicologia Científica*, apesar de ser um texto com linguagem fundamentalmente médica, é a base de um pensamento que, mais tarde, se desenvolveu numa teoria metapsicológica. No que toca o objetivo deste capítulo, a construção do conceito de *regressão*, é especialmente tratada no tópico 20, mas também desenvolvida no tópico 21, respectivamente *A Análise de Sonhos* e *A Consciência do sonho* do mesmo trabalho.

Muito embora Freud não usasse a palavra *regressão*, no tópico 20, ao fazer uma análise dos sonhos, apontou como característica fundamental destes, o caráter alucinatório. O sonho não é feito de palavras, em uma narrativa, mas sim de imagens a que a consciência concede crédito e *status* de real. Ou seja “Fecha-se os olhos e alucina-se; torna-se a abri-los e pensa-se em palavras” Freud (1950[1895], p.447).

Foram dadas várias metáforas, na tentativa de explicação do caráter alucinatório dos sonhos, numa linguagem marcadamente biologicista. Tais tentativas tomaram forma a partir da relação entre sistemas de neurônios (*permeáveis* e *impermeáveis*), a quantidade de catexia, percepção, idéias e imagem. Posteriormente, em *Interpretação dos Sonhos* (1900-1901), aparecia já a busca de uma narrativa metapsicológica para tais explicações, em que a palavra *regressão* se apresentaria.

No *Projeto*, a primeira explicação dada refere-se ao fato do sonho acabar por suspender a descarga motora advinda dos neurônios chamados *impermeáveis* (aqueles portadores da memória e dos processos psíquicos em geral), e provocar uma descarga retroativa até os neurônios chamados *permeáveis* (responsáveis pela percepção, uma vez que não retém nem oferecem resistência a nada). Numa segunda tentativa de explicação para o fenômeno da alucinação no sonho, Freud diz que, não só o sentido da descarga se inverte, mas que isto depende da quantidade de catexia do sistema neuronal na determinação da alucinação. Uma vez que, por inibição do ego, aprendemos a não catexiar uma imagem perceptiva de modo a produzir alucinação, ou seja, a não transferir a quantidade de catexia retroativamente até os neurônios *permeáveis* (aqueles responsáveis pela percepção). Em outra circunstância, nos sonhos, constatou-se que a vivacidade de uma determinada imagem (a alucinação) varia de acordo com a sua importância; isto é, com a catexia quantitativa a ela correspondente.

Na vida desperta, no entanto, tal relação não é verdadeira. Mesmo que uma imagem chegue a nossa percepção (através do sistema neuronal permeável) e que, com ela, acompanhe uma quantidade de catexia nos neurônios responsáveis pela memória e pelo funcionamento psíquico, tal percepção irá sem dúvida aumentar sua nitidez, mas certamente não será mais vívida. Sua característica quantitativa não é alterada.

Uma referência interessante descrita pelo autor, neste mesmo texto, ao afirmar sobre a finalidade dos sonhos como realização de desejo por meio de processos primários de experiência de satisfação, é que estes provocam pouco dano. Isto porque a liberação de prazer neles é escassa, desenvolvem-se quase que desprovidos de afeto (sem liberação motora). Isto ocorre porque o carácter alucinatório dos sonhos não produz danos ao psiquismo mesmo que em tal circunstância os neurônios *impermeáveis* se encontrem de

fácil acesso à percepção. Além do mais, os sonhos, por dependerem de uma paralisia da motilidade, não deixam nenhum rastro de descarga.

A conclusão do autor, presente no tópico 21, *A Consciência do sonho* (1950[1895]), expõe sobre o fato de que a *regressão* realizada na produção dos sonhos não significa que o que se apresenta é fundamentalmente inconsciente. Na *regressão* não há perda, nem mesmo prejuízo da consciência. A consciência também apresenta-se assim como na vida desperta.

Neste mesmo texto, Freud, após chegar a tal afirmativa, procurou então descrever os aspectos conscientes da *regressão* realizada nos sonhos. Perguntava-se quais são as partes de um sonho que lembramos por meio da consciência e como isto ocorre. Ao que parece, o autor fez uma diferença da consciência nos sonhos e na vida desperta. Uma das diferenças seria a de que a consciência nos sonhos é descontínua, se coloca em pontos específicos, não proporcionando uma sucessão de associações. No entanto, encontra dificuldade para justificar este fenômeno.

Ao deparar-se com esta dificuldade acabou por concluir ser difícil definir o que determina a consciência onírica. Apenas acrescentou o papel da inversão de corrente das catexias ali presentes que seria incompatível com uma corrente mais intensa com fim nos neurônios *impermeáveis* de modo a realizar associações; acontecimento que posteriormente chamaria de *regressão*.

O próximo texto em que Freud deu continuidade a reflexão deste conceito é em *A Interpretação dos Sonhos* em 1900. O texto chama-se “Regressão” (1900-1901, parte II, cap. 7, sessão B) e objetiva-se na investigação da origem e da dinâmica dos sonhos em sua característica mais notável - a transformação do conteúdo ideacional para a experiência viva de imagens sensoriais - do ponto de vista dos sistemas do aparato psíquico. Vale ressaltar, num cuidado com a generalização, que existem, no entanto, sonhos ou elementos

de um sonho que se expressam sem imagens, somente por meio de pensamentos da maneira como habitualmente experienciamos a vida desperta¹⁶. Tais exceções, todavia, não negam a natureza essencial dos sonhos que logo será analisada, a *regressão*.

O que se mostra particularmente interessante e novo nesse texto, todavia seja seu conteúdo muito próximo das descrições anteriormente elaboradas, é que aqui o autor procurou estabelecer uma linguagem própria para a explicação do sonho. Termos biologizantes como *sistema neural permeável e impermeável* dão lugar à construção de um modelo de psiquismo mais descomprometido com a anatomia ou a fisiologia cerebral. Permanecendo no campo psicológico, mesmo que utilizando analogia bastante concreta de um microscópio composto ou aparelho fotográfico, Freud falou de diferentes “partes” (posteriormente nomeados de *sistemas psi*) que constituem o aparelho mental. Apresentando, dentre os sistemas psíquicos, os termos: consciente, pré-consciente e inconsciente.

Para entender melhor tal analogia sugerida pelo autor, o aparelho psíquico foi descrito como marcado por um sentido ou direção que se inicia via estímulos internos ou externos até as enervações que tendem à descarga de energia. Na primeira extremidade sensória existe um sistema responsável pelas percepções e na segunda, ou última extremidade chamada de motora, permite a atividade motora. O sentido habitualmente percorrido por um conteúdo psíquico seria esse acima descrito (sensório para o motor).

Na extremidade sensória existiriam subdivisões de sistemas. O que se localiza na frente do aparelho e que permanece constantemente aberto a captação de estímulos perceptivos e os que se localizam posteriormente a este, e que se modificam em função da

¹⁶ Ver Freud (1900-1901, parte II, cap. 7, sessão B).

chegada de tais impressões perceptuais, constituindo assim os sistemas mnemônicos ou memória.

Mais à frente, Freud integra a este modelo o *sistema pré-consciente* e o *sistema inconsciente*, diferenciados por uma *instância crítica*. O modelo do aparelho psíquico, assim como Freud (1900-1901) o representou na figura 3 do texto “Regressão”, ficaria da seguinte forma :

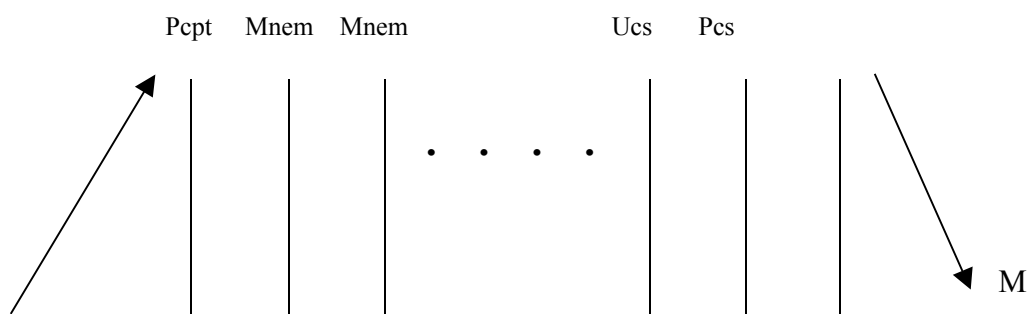


Fig. 01: Freud (1900, p.577)

Legenda:

Pcpt: “sistema perceptivo”; *Mnem*: “sistema mnemônico”; *Ucs*: “instância crítica”; *Pcs*: “pré-consciente” e *M*: “extremidade motora”.

Entende-se então que a passagem de uma impressão que na vigília chega à percepção, marca os sistemas mnemônicos e que, após a ação da instância crítica, encontra escoamento na motilidade, tem seu sentido invertido nos sonhos. Ocorre, desta forma, a *regressão*. “A *regressão* aplicada da vivência dos sonhos deveria ser entendida como uma inversão do fluxo das catexias nos sistemas psíquicos” Freud (1900/1901, vol 2, cap.07, sessão B, p.579). Em outras palavras, o conteúdo ideativo da extremidade motora retorna, volta, em forma de imagem na extremidade sensorial provocando uma experiência

alucinatória. Momento em que se toma como real, consciente e presente uma determinada cena.

Segundo o autor, é comum atribuir a ocorrência dos sonhos meramente a uma baixa das resistências durante o sono. Tendo em vista que, neste estado, ocorra uma facilitação na migração dos conteúdos barrados pelo recalque e aprisionados no sistema inconsciente à consciência. Mas tal direção para o escoamento das energias do sistema incs para o sistema psc/cs, não permite, no entanto, que os sonhos produzam imagens, uma vez que estas não ocorrem numa saída motora. Muito embora a força motivadora para o sonho tenha sua partida no inconsciente, este necessita ligar-se a pensamentos oníricos pertencentes ao sistema pré-consciente.

A partir daí, Freud (1900-1901), apresentou outras formulações para o conceito em suas manifestações em estado de vigília. Citou as alucinações histéricas, as da paranóia e as visões em pessoas normais, como acontecimentos regressivos, mas que só ocorrem em relação a conteúdos muito fortemente ligados a lembranças infantis presas no inconsciente. Tais lembranças seriam marcadamente caracterizadas por impressões visuais e manter-se-iam ávidas por seu ressurgimento, o qual lhes seria constantemente negado em função da censura. Uma vez bloqueado o fluxo normal de escoamento das catexias na consciência, sem que no entanto haja um impedimento de sua incansável busca por liberação, as lembranças voltam-se sobre os pensamentos conscientes por elas originados e passam a aplicar intensa atração sobre estes como forma de remontar sua expressão.

Ocorre então a *regressão*, modificando e revivificando uma excitação visual antiga no tempo presente. Mais adiante Freud afirma, contudo, que o grau de revivificação da alucinação se difere nos sonhos e nos casos patológicos comparados àqueles que ocorrem

na vida mental normal. Conseqüentes das diferenças de quantidade de catexia, em cada caso, do sistema perceptivo.

Ainda neste texto, 14 anos mais tarde (1914), Freud (1900-1901) acrescentou um parágrafo destinado a distinguir e definir, ainda que de forma bastante sucinta, três tipos de *regressão*. O primeiro deles, desenvolvido nos textos de Freud até agora apresentados, é denominado *regressão topográfica*. Sendo claramente observável na produção dos sonhos e se explica por meio da circulação das catexias nos sistemas psíquicos. O segundo tipo de *regressão* é a *regressão temporal*, que analiso a seguir e que refere-se a um retorno a formas mais antigas de estruturas psíquicas. E o terceiro tipo denominado por Freud como *regressão formal*, em que formas de expressão e representação atuais retornam a um funcionamento mais primitivo.

A fim de dar continuidade ao estudo, proposto por Freud, quanto aos diferentes tipos de *regressão*, delineio, nesta circunstância, a idéia de *regressão temporal*. Esta forma de *regressão* parece ser a que se acha mais próxima do material clínico de Freud, à medida que contextualizava o desenvolvimento da sexualidade por meio dos relatos clínicos. Isto se deve, dentre outras razões, ao fato de tratar-se de uma forma de *regressão* até então desconhecida na literatura da época. Diferentemente da idéia de uma excitação regressiva formulada por Breuer, vinculada ao fenômeno da alucinação, que foi posteriormente empregada por Freud, na construção da teoria dos sonhos, como *regressão topográfica*.

Segundo a nota do Editor Inglês, James Strachey, no apêndice A do “Projeto de uma Psicologia Científica”(1950[1985]), a primeira referência a uma descrição de uma *regressão temporal*, na obra freudiana, foi no caso Dora, escrito em 1901 e publicado em 1905 (Freud, 1905[1901]). Num exame sobre as perversões, situado no texto em que se trata a análise do caso, Freud argumentou sobre a necessidade de uma compreensão menos

moralmente intolerante e fanática sobre as ditas perversões sexuais, por tratar-se, na verdade, da sexualidade indiferenciada da criança. Acrescentou ainda que, quando uma pessoa torna-se fortemente pervertida isto se deve à permanência na condição sexual original, na sexualidade infantil¹⁷. Os psiconeuróticos também são pessoas com fortes inclinações perversas, mas que devido a ação de um recalçamento, teriam tais inclinações remetidas ao inconsciente. No entanto este recalçamento pode ter seu efeito comprometido se, por ocasião de um incidente na vida que fosse forte o suficiente, ocorrer uma perturbação do desenvolvimento sexual e o conseqüente retorno àquela forma da sexualidade infantil. Posteriormente, este mecanismo se denominaria *regressão*.

Embora o autor não utilizasse a palavra *regressão* explicitamente, neste texto a idéia de um retorno, de um regresso dos caminhos de afeto na esfera psíquica já se fez presente. Aqui, Freud já não recorreu mais à topografia do aparelho mental, em que faz uma analogia com o microscópio ou uma máquina fotográfica. Justificou-se suficientemente nas evidências dos relatos clínicos dados pelos pacientes neuróticos e suas relações com a sexualidade, diferenciadas da vivência das pessoas normais. Mesmo que, em sua visão, indivíduos saudáveis mantenham, num pequeno grau, comportamentos sexuais de transgressão. O autor apresentou então uma nova metáfora que marcará seu trabalho sobre o conceito de *regressão temporal* junto o desenvolvimento psicosexual: “O curso d’água que encontra um obstáculo em seu leito reflui para leitos antigos que antes pareciam destinados a permanecer secos.” (Freud, 1905[1901], p.56).

Para uma melhor visualização dos posteriores desdobramentos da idéia de *regressão temporal*, Laplanche e Pontalis (2001, p. 441), no exame deste conceito, descreveram

¹⁷ Mais a frente, no resumo dos *Três Ensaio da Teoria da Sexualidade*, Freud (1905, p. 218-219) diz, complementarmente, que também ocorre nas perversões positivas uma regressão aos pontos de fixação devido em decorrência de um bloqueio da corrente sexual.

inicialmente dois sentidos em que se expressa: “um retorno da libido a caminhos laterais de satisfação” ou “investimento” da libido em objetos anteriores”. Estes dois sub-tipos encontram-se em *Três Ensaio da Teoria da Sexualidade* (Freud, 1905[1901]), obra em que a idéia da *regressão temporal* fica mais inteligível, mesmo na ausência de sua denominação explícita. Nesta obra, Freud esboçou idéias que, posteriormente, organizaram uma teoria do desenvolvimento psicosssexual estruturado em fases.

A idéia de um retrocesso da libido por caminhos anteriores, como já foi dito num primeiro sentido, acompanha especialmente o exame das perversões e das neuroses (Freud, 1905[1901]). Uma vez que somos constituídos primordialmente por uma homossexualidade que Freud disse ser característica da sexualidade infantil, a perversão e a neurose são entendidas como resultado de um impedimento para o florescimento da sexualidade adulta. Como estes dois tipos de patologias podem ter seu aparecimento na vida adulta, diria que, em função de impedimentos ao desenvolvimento da sexualidade, houve um retorno à sexualidade infantil. Esta descrição se assemelha muito com o que se disse no caso Dora sobre as perversões.

Em um item, em particular, dessa mesma obra, nomeado como “As transformações da puberdade”, Freud (1905[1901]) apontou para o segundo sentido anteriormente descrito. Refere-se sobre um retorno para objetos de investimento libidinal arcaicos. Fundamentalmente, descreveu que na fase do desenvolvimento da adolescência observa-se, recorrentemente, um eco muito claro das imagens infantis das figuras parentais sobre a escolha dos objetos de amor atuais. Colocou ainda que, mesmo para aqueles indivíduos que tiveram sucesso na superação do investimento sexual infantil para com os pais, característico do Complexo de Édipo, estes não escapam inteiramente de sua influência nas escolhas de objeto sexual numa organização genital.

Ainda no ano de 1905, num “Resumo” escrito posteriormente, mas referente ao texto *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (Freud (1905[1901])), existem algumas passagens acrescentadas somente 10 anos mais tarde, em 1915, nas quais Freud escreveu explicitamente a palavra *regressão*. Este texto intitulado de “Resumo”, se presta muito mais como um esclarecimento ou complemento ao estudo até então presente, à um mero resumo ou conclusão da teoria até então descrita. As passagens que trazem o conceito de *regressão* o ligam fortemente à idéia de “fixação” ou “pontos de fixação” como também se relacionam às fases do desenvolvimento. Antes de registrar tais passagens, me parece ser interessante realizar uma pequena elaboração do que se entende por “pontos de fixação” e “fases de desenvolvimento” na teoria freudiana.

De modo geral, entende-se que a teoria das fases do desenvolvimento descreve basicamente a transformação da sexualidade infantil caracterizada por uma bissexualidade inerente, não genitalizada e ainda bastante plástica para a estruturação da sexualidade adulta regida pela genitalidade, estabelecimento do objeto e alvo sexual. Esta passagem depende de um progresso em que a satisfação, inicialmente concentrada na zona bucal, na atividade do sugar seja, posteriormente, transferida e substituída por outros tipos de estimulação a partir de novas zonas de satisfação (Freud (1905[1901])).

Importante manter em mente que Freud (1905[1901]), em vários trechos deste livro, das mais variadas formas afirmou que, mesmo nos casos normais, as progressivas substituições de vivências de satisfação ligada a determinadas zonas do corpo, ao longo do desenvolvimento sexual, não promovem uma total dessensibilização destas regiões. Bem verdade, as sensações e experiências mais primitivas marcam o corpo e as representações mentais.

Normalmente, estas fases são atravessadas sem dificuldades. Assim, quando se apresenta o conceito de fixação como pré-condição para a neurose ou para a perversão, certamente não se trata destes restos normais, mas sim de uma marca que provoca enrijecimento na circulação das satisfações no corpo, de tal forma que torna-se comprometida, em maior ou menor grau, a passagem para a fase seguinte.

Os estágios do desenvolvimento infantil foram descritos por Freud (1905[1901]), no capítulo “A Sexualidade Infantil”, seqüencialmente como pulsões parciais, predominantemente de caráter auto-erótico, que se deslocam, numa primeira organização sexual denominada pré-genital, da zona bucal à anal, até concluir-se na organização genital adulta. Nesta haveria uma concentração das pulsões parciais à supremacia da genitália. A primeira das organizações sexuais pré-genitais é a fase oral, em que ocorre a primazia da zona bucal e sua satisfação através do chuchar. Constitui-se, inicialmente, apoiada na atividade de nutrição e transforma a região oral num lugar privilegiado de obtenção de prazer; inaugurando um modo de satisfação auto-erótico. Posteriormente, a fase anal na qual a zona em questão são as mucosas responsáveis pela eliminação, centraliza a satisfação por meio da estimulação desta área anal e urinária na ação de eliminação/retenção dos excrementos.

Numa nota de rodapé Freud (1905) datada de 1924, inclui-se mais uma organização situada após o período pré-genital que, embora já mereça o nome de genital, ainda não se constitui como uma organização definitiva da maturidade sexual adulta. Denomina-se estágio fálico do desenvolvimento, momento em que a organização da sexualidade fica pautada apenas no tipo masculino de genitália. De modo bastante sucinto, este estágio inicia-se pela constatação das diferenças anatômicas sexuais envolvendo, na maioria das vezes, um impulso sexual da criança especialmente em direção ao pai do sexo oposto,

processo que recebe o nome Complexo de Édipo. O investimento sexual característico deste estágio deve ser renunciado frente à atuação da lei e promove uma identificação com o pai do mesmo sexo. Neste complexo atinge-se a culminância da sexualidade infantil, que desempenhará papel decisivo, por meio de seus efeitos, sobre a construção da sexualidade adulta.

Para que se alcance sucesso da vida sexual normal adulta faz-se exigência que, para cada nova etapa, se complete, suficientemente bem, “as tarefas” da etapa anterior. O sujeito deve realizar uma nova composição que leve a modos de satisfação cada vez mais complexos. Segundo Freud (1905) o desfecho do desenvolvimento psicosexual seria a obtenção de prazer a serviço da função reprodutora e as pulsões parciais referentes a cada zona erógena organizadas solidamente na zona genital tendo como alvo o objeto sexual alheio.

No que tange à segunda noção necessária ao esclarecimento do conceito de *regressão*, denominada “pontos de fixação”, deparo-me com a alerta de que, a cada nova etapa no curso normal do desenvolvimento psicosexual, acha-se um potencial de se configurar um ponto de fixação que desempenhará papel determinante na especificidade das neuroses e das perversões (Freud, 1905). Estes pontos caracterizam-se por serem persistentes e terem como função preservar características anacrônicas da sexualidade, mantendo-se ligados, de forma mais ou menos disfarçada, a modos de satisfação infantis (Laplanche e Pontalis, 2001).

Tanto fatores internos como, por exemplo, a constituição da hereditariedade, o recalçamento e a sublimação, como fatores externos exemplificados pela constelação familiar, pelo trauma ou via precocidade encontram-se envolvidos na organização da etiologia da fixação (Freud, 1905). Outro fator também é uma determinada constituição da

libido, variável de pessoa para pessoa, que Freud (1917 [1916-1917]) descreveu como “adesividade” da libido. Esta característica explicaria a “força” com a qual a libido adere a determinadas tendências e objetos, mas sua causa não pode ser solucionada pelo autor. Destas variações recorrem um “alerta” para o sujeito frente as possíveis perdas na passagem de uma fase para outra.

“[...] cada posição libidinal uma vez que é atingida, por angústia da perda ao abandoná-la, e por temor de não encontrarem na posição seguinte um substituto plenamente satisfatório.” (p. 115).

Em relação às passagens incluídas em 1915 nos livro *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905), numa nota de roda-pé, mencionou literalmente o termo *regressão* e já indicou que este conceito não equivale meramente a uma fixação em determinada tendência infantil, mas como um mecanismo que retoma esta fixação. Freud esclarece esta concepção, numa alusão à etiologia da perversão, em que situa novamente a analogia indicativa de um bloqueio do “leito” principal que acaba por impedir o curso da corrente sexual, provocando o enchimento dos canais colaterais de um rio. Pensando nesta metáfora é possível imaginar a existência de canais laterais privilegiados, marcados fortemente na experiência de satisfação infantil, equivalentes aos pontos de fixação, e que, a *regressão* seria, a partir de um impedimento do canal principal, um movimento de redirecionamento da libido na retomada destes “lugares” privilegiados.

Em outra passagem há uma possível exemplificação da idéia acima. Freud (1905,) salientou ser bastante plausível esperar um desfecho perverso quanto à vida sexual, caso haja o amadurecimento forçado, de uma sexualidade comprometida, considerada anormal. Segundo o autor, a puberdade é um período que preconiza a unificação de todas as atividades sexuais isoladas, num todo, na zona genital, com finalidade na reprodução. Existindo debilidade constitucional de um determinado fator da pulsão sexual, frente um

primeiro obstáculo interno, impede-se o desenvolvimento sexual que cederá à imposição do componente mais forte da sexualidade a seu modo de satisfação. Assim impõe-se a prática perversa.

Isto pode ocorrer mesmo que, até este momento, se verifique um aparente progresso sexual normal. Deste modo, compreendo que, em geral, todos os fatos contrários ao desenvolvimento sexual acabam por externalizarem seus efeitos ao promover uma *regressão*, um retorno a uma fase anterior do desenvolvimento.

Esta pequena síntese serve para clarear os estudos das inibições e perturbações do desenvolvimento por meio dos quais Freud tornou esclarecido o conceito de *regressão temporal*. Nestes últimos parágrafos estabelece-se um sentido mais amplo de *regressão temporal* em comparação aos dois outros anteriormente citados. O terceiro sentido, ao que parece, demonstra-se como um desdobramento do segundo sentido já distinguido neste capítulo. Ou seja, uma descrição que amplia a noção de um retorno da libido por caminhos anteriores.

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), neste terceiro sentido da *regressão temporal* há a idéia de um retorno relacionado às fases do desenvolvimento psicosexual; um retorno a um modo de satisfação da libido característico de uma etapa anterior do desenvolvimento. Em outras palavras, o regresso abarca toda uma antiga **organização** da sexualidade que retorna via importantes marcas impressas no curso da sexualidade infantil.

Percebe-se que, para chegar a tal formulação, em primeiro lugar foi indispensável que Freud dedicasse largamente seus estudos na busca de uma teoria do desenvolvimento da sexualidade humana a partir da análise das perversões e das neuroses. Também que teorizasse sobre os pontos de fixação até a formulação das fases do desenvolvimento para que, então, a idéia de uma *regressão* remetida numa temporalidade mais arcaica pudesse se

sobrepôr. Em 1914, na *Interpretação dos Sonhos* (1900-1901), pode-se ler as palavras do próprio Freud, meio a distinção dos tipos de *regressão*, a *regressão temporal*. É com certa clareza que, somente tardiamente, Freud reconheceu no conceito de *regressão* toda a importância teórica e clínica.

Observo também que se formou, somente posteriormente, na obra freudiana, uma explicitação a respeito da diferenciação dos dois sentidos da *regressão temporal*. Aquele relativo ao retorno da libido numa organização mais primitiva de funcionamento e o outro relativo a uma escolha objetal anterior. A explicitação pode ser encontrada em Freud, numa de suas conferências, a “Conferência XXII” do texto *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (Freud, 1916-1917). Nela o autor discutiu o tema: “Algumas Idéias sobre Desenvolvimento e Regressão - Etiologia”.

Antes de oferecer tal distinção, Freud (1916-1917), nesta conferência, reiterou mais uma vez a importância de não se perder de vista a noção de fixação para o entendimento da *regressão* e para a compreensão da etiologia das neuroses. Define ali a fixação como um retardamento do desenvolvimento pulsional em determinada fase do desenvolvimento e diz que a *regressão* pressupõe a existência, ao menos aparentemente, do desenvolvimento das pulsões parciais. No entanto, este desenvolvimento tem a peculiaridade de ser facilmente impedido diante pressão, ou diante outro importante fator que Freud nomeia como frustração, que provoca uma alteração da corrente libidinal de forma a reencontrar-se com antigas fixações formadas no curso do desenvolvimento sexual. Desta forma, a *regressão* e a fixação não são, por assim dizer, independentes uma da outra. Abaixo, dois trechos que exemplificam essas idéias:

“Quanto mais intensa as fixações em seu rumo ao desenvolvimento, mais prontamente a função fugirá às dificuldades externas, regressando às fixações -

portanto, mais incapaz se revela a função desenvolvida de resistir aos obstáculos externos situados em seu caminho.” Freud (1916-1917, p.344-345).

Mais a frente explicita a grande relevância do papel das fixações e das frustrações como inibidoras do processo do desenvolvimento:

“Basta os senhores recordarem que um desenvolvimento imperfeito da libido deixa atrás de si fixações libidinais muito férteis e, talvez, também, muito numerosas, em fases precoces da organização e da busca de objetos, as quais, em sua maior parte, são incapazes de promover satisfação real; e, com isso, os senhores poderão reconhecer na fixação libidinal o segundo poderoso fator que, juntamente com a frustração, é causa da doença.” Freud (1917 [1916-1917], p. 349).

Passada esta ponderação, o autor, então, distinguiu os dois sentidos para a *regressão*, denominada em 1914 como *regressão temporal*. Uma vez que estas idéias já foram destacadas mais acima, cito as palavras do próprio autor no seguinte trecho:

“Após essas coisas que os senhores aprenderam a respeito do desenvolvimento da função libidinal, estarão preparados para saber que há regressão de dois tipos: um retorno aos objetos que inicialmente foram catexiados pela libido, os quais, conforme sabemos, são de natureza incestuosa; e um retorno da organização sexual como um todo em estágios anteriores.” Freud (1916-1917, p. 345).

Neste mesmo texto Freud desenvolveu ambas as noções de *regressão* e afirmou que elas são de fundamental importância na compreensão das ditas “neuroses de transferência”. Para os dois principais representantes das neuroses de transferência, a histeria e a neurose obsessiva, a regressão se comporta de forma marcadamente diferenciada. Na histeria, de acordo com as descobertas clínicas, verifica-se apenas uma *regressão* relativa ao objeto e não o retorno da libido a modos antigos de organização. Observa-se, entanto, que neste tipo de neurose alcança sucesso na convergência das pulsões parciais sob a primazia da zona genital. O desenvolvimento da sexualidade é garantido, porém, por ação da repressão, este sucesso só é válido no inconsciente, mas não para o sistema pré-consciente que está

associado a consciência. Os conteúdos perceptuais da excitação são impedidos de serem reproduzidos na lembrança. Por consequência, a sexualidade infantilizada da histeria, da forma como se apresenta à análise, é apenas ilusória.

Na neurose obsessiva, por sua vez, o que se realiza é uma *regressão* para um estágio infantil de organização sádico-anal (Freud, 1917 [1916-1917]). A princípio há um desenvolvimento da sexualidade numa etapa superior, mas que, ao sofrer uma certa interferência, retorna à fase anal, a partir dessa. Isto não exclui, contudo, que não haja concomitantemente uma escolha objetal vinculada aos primitivos objetos sexuais incestuosos. Aqui o impulso para o amor é transformado e disfarça-se de expressão sádica. Neste contexto não há o esquecimento das idéias ameaçadoras, porém destas é retirada a catexia, de forma a tornarem-se banais pela consciência. Também, neste contexto a repressão tem importante papel na constituição da neurose e dos sintomas, muito embora seja a *regressão* da libido o fator mais marcante na formação dos sintomas. Não fosse a repressão, estaríamos diante da perversão na qual, resumidamente, observamos a manifestação bruta, não recalcada da sexualidade infantil (Laplanche & Pontalis, 2000).

Freud, nesta mesma conferência, acrescentou uma outra possibilidade para a *regressão*, a *regressão de ego*, sobre a qual, no entanto, não despence maiores explorações. Justificou tal “omissão” ao dizer que não se voltou para as questões específicas do ego, pois eram as questões sexuais que se achavam esquecidas, ignoradas e evitadas em função dos tabus a elas relacionados. Sobre a *regressão de ego*, afirmou que esta poderia ser entendida semelhantemente como um retorno a fases mais primitivas de seu próprio processo de desenvolvimento, assim como vimos no caso da libido.

Outra aplicação do conceito de *regressão temporal* pode ser encontrada na análise do caso de paranóia intitulado de *Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de*

um Caso de Paranóia (Dementia Paranóides) escrito por Freud (1911). Com o objetivo de compreender a paranóia em sua especificidade, contrapondo às neuroses, Freud (1911,) volta-se para os “delírios de perseguição”; sintoma característico desta espécie de patologia. Pressupõe assim, que subjacente a estes delírios, reside o conflito decorrente de uma fantasia de desejo homossexual. Para explicar o investimento homossexual o autor diz ser este correspondente a fase do desenvolvimento situada entre o auto-erotismo e o amor objetual, nomeada de Narcisismo. Fase em que o sujeito começa a se distanciar do prazer auto-erótico, reunindo as pulsões parciais, com o objetivo de reinvesti-las num objeto amoroso.

Nesta passagem, o sujeito toma a si próprio, seu corpo, como objeto amoroso; pré-condição para que então possa efetuar, posteriormente, o investimento afetivo em outra pessoa, que não ele mesmo. É coerente pensar-se que, num primeiro momento, o objeto de escolha amoroso possua órgãos genitais iguais, ou seja escolha objetual homossexual. No curso do desenvolvimento, segundo o autor, o sujeito emancipa-se desta obrigatoriedade passa a voltar-se para objetos heterossexuais.

Assim, a *regressão* na paranóia, talvez semelhante à esquizofrenia (Freud, 1911), realiza-se devido a uma fixação na fase narcísica; que abarca em seu desenvolvimento a determinação de escolhas objetais homossexuais, numa alusão aos próprios órgãos genitais. Este retorno no desenvolvimento realiza-se na vida adulta em decorrência, por exemplo, de alguma frustração na vida amorosa ou na vida social. Em outras palavras, é resultado de qualquer acontecimento que faça a libido fluir regressivamente para os canais mais fortes. É importante, contudo, destacar que o paranóico tenta desesperadamente rechaçar o investimento sexual homoerótico da consciência via repressão. E que é justamente a impossibilidade do sucesso completo da defesa que faz surgir o quadro patológico.

A partir de todas estas ponderações sobre a *regressão temporal* vinculada a alguns quadros patológicos, compreendo este mecanismo também como um tipo de defesa. O esclarecimento desta idéia pode ser pautado na fala de Freud (1926 [1925]) em *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, no seguinte trecho, em que falou especificamente sobre “repressão e defesa”:

“Substituí-la depois pela palavra ”repressão”, mas a relação entre as duas continuou incerta. Constituirá uma vantagem indubitável, penso eu, reverter ao antigo conceito de “defesa”, contanto que o empreguemos explicitamente como uma designação geral para todas as técnicas das quais o ego faz uso em conflitos que possam conduzir a uma neurose, ao passo que conservemos a palavra “repressão” para o método de defesa com o qual a linha de abordagem adotada por nossas investigações nos tornou mais bem familiarizados no primeiro exemplo.” (Freud, 1926 [1925], p. 158-159).

Ora, se entendo a defesa como uma ação do psiquismo sobre todos aqueles conteúdos que ameaçam o aparecimento das neuroses, compreendo a *regressão temporal* como um mecanismo de defesa. Para entender esta idéia, recapitulo que na histeria constata-se a repressão desempenhando papel indiscutível na produção dos sintomas, uma vez que repele os conteúdos ameaçadores da consciência. Na neurose obsessiva, por sua vez, a mesma explicação não é pertinente, pois os conteúdos desprazerosos não são esquecidos. Vale lembrar que o termo repressão fora empregado por Freud na compreensão da sintomatologia obsessiva; entretanto a diferenciação entre repressão e defesa (presente no trecho acima registrado) provavelmente referia-se sobretudo à defesa. Até porque o próprio autor disse tornar-se imprescindível outra explicação para o quadro obsessivo em contraposição à histeria. Freud (1926 [1925]) explicita que para a neurose obsessiva é a *regressão* que opera como mecanismo de defesa principal do ego. Acrescenta que embora seja a *regressão* o principal mecanismo de defesa esta torna a repressão desnecessária; inclusive atua no mesmo sentido desta.

Para um maior detalhamento de todos estes mecanismos, como Freud (1917 [1916-1917]) aconselha nas *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, vale diferenciar a repressão da *regressão*. A idéia comum a ambas seria o sentido de retornar, voltar-se para o mais antigo. Para a repressão este retorno atua numa perspectiva topográfica do aparelho mental. Uma vez que o sentido da corrente das energias psíquicas fluem da percepção (a cujo lado situa-se o inconsciente) para a motilidade (em relação a qual o sistema pré-consciente/consciente se encontra mais próximo) e somando-se o fato da repressão ser: “um processo pelo qual um ato admissível à consciência, portanto um ato que pertence ao sistema *Pcs.*, é tornado inconsciente - é repellido para o sistema *Ics.*”¹⁸ (Freud, 1917 [1916-1917], p. 345) é fácil concluir que o movimento de repressão é um regresso, uma volta às estruturas ou sistemas mais arcaicos. Este conceito não implica em nenhum vínculo com a sexualidade, mas limita-se à topografia psíquica.

A *regressão*, por sua vez, coloca-se como um conceito puramente descritivo que não pode ter numa localização no aparato psicológico. Relacionado à fixação, apresenta um retorno da libido a pontos antigos do desenvolvimento psicosssexual. Mesmo que influencie o funcionamento mental e sua força esteja no orgânico (Freud, 1917 [1916-1917]).

Não deve-se, no entanto, acreditar que não exista qualquer tipo de relação entre repressão e *regressão*. No ano de 1911, ainda no texto *Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia (Dementia Paranóides)*, Freud (1911) divide a atuação da repressão em três etapas. Relacionam nesta construção a fixação e a *regressão* como momentos constituintes do mecanismo repressivo.

¹⁸ Para não alterar-se as palavras do próprio autor e para que o texto permaneça uniforme, vale esclarecer que as abreviações *Pcs.* e *Ics.*, utilizadas por Freud, referem-se aos termos pré-consciente e inconsciente, respectivamente.

Num primeiro momento haveria fixações no curso do desenvolvimento que, posteriormente, originam derivados psíquicos. Estes derivados criam tendências indesejáveis à consciência e sofrem, num segundo momento, a repressão propriamente dita. A terceira etapa, a que confere o status patológico, é o fracasso da repressão pelo retorno do reprimido. Retorno que impulsiona uma *regressão* aos pontos de fixação do desenvolvimento libidinal. Sendo assim, nomeio ambos conceitos como mecanismos defensivos que atuam dinamicamente, nas suas especificidades, na organização do aparelho mental.

Passo ao terceiro e último tipo de *regressão* nomeada por Freud, a *regressão formal*. Este sentido fora examinado particularmente nas “Conferências X, XI e XIII” das *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1916-1917 [1915-1917]) relacionado aos sonhos, ao simbolismo e à lingüística. Para que se possa entender este novo sentido deve-se atender à pressuposição de que o pensamento progride inicialmente, de uma estrutura mais simples, para uma estrutura mais complexa.

“Ora, nossos pensamentos originalmente surgiram de imagens sensoriais desta espécie: seu material e seus estágios preliminares foram impressões dos sentidos, ou, mais propriamente, imagens destas impressões. Somente mais tarde as palavras foram vinculadas a essas impressões e as palavras, por sua vez, vincularam-se a pensamentos.” (Freud 1916 [1915-1916], p. 215-216).

Para Freud, o pensamento dos sonhos constituído pelos símbolos, seria justamente o exemplo desta linguagem arcaica, primitiva como forma de expressão e que dará lugar à linguagem abstrata.

Na “Conferência X” (Freud, 1916 [1915-1916]) esta idéia fica esclarecida num exame sobre os sonhos e a forma de interpretação dos mesmos. O autor propõe uma outra forma de interpretação dos sonhos, complementar à técnica de associação livre, a análise dos símbolos oníricos. Entende-se a constituição dos sonhos como uma relação dos

elementos oníricos que são na realidade símbolos de um pensamento inconsciente. Sendo conhecida a personalidade do sonhador, sua cultura e as impressões a que ele chegaram momentos anteriores do sonho, seria possível então, a partir da familiaridade dos símbolos oníricos, fazer uma interpretação que não precisasse de maiores empenhos do sonhador. Isto porque na análise do sonho, por vezes, a pessoa encontra fortes dificuldades para elaborar os conteúdos simbólicos inconscientes que chegaram à consciência.

Embora os pensamentos oníricos latentes (inconscientes porém não remetidos ao sistema inconsciente) e os pensamentos conscientes da vida desperta sejam semelhantes, o modo de expressão dos primeiros são incompreensíveis por muitos aspectos. O pensamento onírico é relativo a uma “linguagem primitiva”, o autor elucida esta idéia no trecho abaixo:

“Temos dito que ele retorna a estados de nossa evolução intelectual que há muito foram suplantados: à linguagem por imagens, às conexões simbólicas, a condições que, talvez, existiram antes de se desenvolver nossa linguagem de pensamento.” (Freud 1916 [1915-1916], p. 239).

Sendo assim, o modo de expressão da linguagem dos sonhos pode ser entendido como arcaico ou *regressivo*. Remetem a uma forma antiga de expressão da fala ou da escrita que implicam em dificuldades de elaboração num sentido abstrato lógico. Seu surgimento acaba por submeter os pensamentos a um tratamento *regressivo* em que se desfaz sua evolução e incapacita todas as aquisições novas.

Freud (1916 [1915-1916]) distingue que essa pré-história, a qual os sonhos nos faz retroceder, refere-se a duas perspectivas. Uma delas trata da pré-história do sujeito, ou seja, sua vivência infantil. Uma vez que os sonhos advêm dos conteúdos inconscientes e “...na vida mental, o que é inconsciente é também o que é infantil” (Freud 1916 [1915-1916], p.252), conclusão a que o autor chega após ter examinado o material infantil na vivência dos sonhos. A segunda perspectiva estabelece olhar sobre a pré-história filogenética, a

história da evolução da espécie humana com a qual, o sujeito, mesmo que de forma sintética e inconsciente, estabelece contato. Esta diferença, entretanto, presta-se apenas para o aprofundamento teórico, uma vez que, na experiência dos sonhos, não pode ser distinta.

Também são de duas ordens o retrocesso a que os sonhos submetem o sonhador, uma *regressão formal* (este termo aparece na página 254 da Conferência XIII) e outra material, que embora seja distinta, me parece próxima ao que Freud chamou de *regressão temporal*. Na *regressão formal*, os sonhos reproduzem uma forma primitiva de expressão, mas também se deve acrescentar que os sonhos reavivam nossa vida mental primitiva. Ou seja, regridem “materialmente” para uma etapa em que presentificam os primeiros impulsos sexuais (ainda não definidos quanto ao alvo, ao objeto, e à finalidade, por exemplo), a primeira organização intelectual e moral. Esta *regressão* denominada de Material não foi, posteriormente na obra freudiana, recapitulada.

Para finalizar a idéia de *regressão formal* formulada por Freud, apresento a nota de Laplanche & Pontalis (2001) que elabora esta regressão como uma noção que, embora pouco desenvolvida, aplica-se na compreensão de vários fenômenos decorrentes de um retorno do processo secundário (processo segundo a identidade de pensamento) para o primário (funcionamento segundo identidade de percepção). Embora não se trate de um retorno a uma etapa anterior do desenvolvimento diz de um retorno a uma etapa anterior na hierarquia de funções ou estruturas.

Retornando para análise do conceito como um todo, se, mais uma vez, examino o livro *A Interpretação dos Sonhos* (Freud, 1900-1901) noto a seguinte ressalva do autor:

“Todas essas espécies de regressão, no entanto, são no fundo apenas uma e, em regra, ocorrem juntas, porque o que é mais antigo no tempo é o mais primitivo na forma e, na topografia psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva.” (Freud, p. 584).

Mesmo que por final a *regressão* seja apenas uma, sem dúvida, as distinções realizadas pelo autor com o objetivo de se elaborar uma teoria mais detalhada, alerta para o erro de tratar a *regressão* como um fenômeno “maciço” (Laplanche e Pontalis, 2001). Ou seja, sem uma organização específica ou como funcionamento único, de forma a anular seus diferentes aspectos e níveis de expressão.

Neste momento verifico a grande importância do conceito de *regressão* na metapsicanálise freudiana. Embora seu primeiro emprego, aplicado ao contexto dos sonhos, vincule-se ainda fortemente à noção de alucinação como fora descrita por Breuer, posteriormente, a medida que a teoria psicanalítica avançava, outros dois sentidos sugeriram de forma original. Tornando-se, assim, ao lado de outros conceitos fundamentais, um relevante suporte para a constituição do funcionamento psíquico cotidiano até às formas psicopatológicas da dinâmica mental.

Mesmo que evidenciada somente num momento ulterior, a *regressão*, segundo Laplanche e Pontalis (2001), é reconhecida como uma importante descoberta que se tornou, hoje, uma noção de uso freqüente na psicanálise assim como na psicologia contemporânea.

Esta idéia estará exemplificada no capítulo 5 no qual verifico seu emprego na psicanálise contemporânea sobre maternidade. Lá descrevo quais os novos sentidos, modificações e referências que, atualmente, o conceito de *regressão* faz na clínica que investe na compreensão da dinâmica psíquica das gestantes e puérperas. Temática psicológica, fundamentalmente psicanalítica, em que a *regressão* encontra espaço privilegiado.

No entanto, para oferecer maior aprofundamento à compreensão da experiência da maternidade, antes dou continuidade, no próximo capítulo, ao estudo de outro conceito clássico e original teorizado por Winnicott, a saber, o de *preocupação materna primária*.

CAPÍTULO

3

A CONSTRUÇÃO DA EXPRESSÃO

PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA NA OBRA DE

D. W. WINNICOTT.

Neste capítulo, descrevo sinteticamente a construção e os significados da expressão *preocupação materna primária*. Esta expressão originada por Winnicott na década de 60, apresenta-se neste trabalho junto ao conceito de *regressão* em Freud, de modo a contextualizar os dois principais suportes para a compreensão da experiência de *transparência psíquica* característica do processo de gestação e pós-parto. Assim como a *regressão*, a idéia de *preocupação materna primária* representa valor original e especial, em particular, quanto à teorização psicanalítica sobre o vínculo mãe-bebê, na formulação da teoria contemporânea sobre a maternidade.

Antes de estudar e organizar a forma pela qual a idéia de *preocupação materna primária* surge na teoria winnicottiana, tomo a definição apresentada por Abram (1996) em seu trabalho sobre as palavras e as expressões de Winnicott. Segundo este autor, resumidamente, a expressão *preocupação materna primária* refere-se a um estado psíquico

que seria considerado “patológico” em outras circunstâncias mas que, na mulher, pouco antes de dar a luz até as primeiras semanas após o parto, é considerado saudável e esperado. A partir de um outro dicionário, Newman (1995), acrescento o estado caracterizado por um modo inconsciente de ser e mover-se, um modo único da mãe voltar-se para o interior de si mesma.

A idéia sobre a *preocupação materna primária* pode ser encontrada na obra de Winnicott em dois textos principais: a “A Mãe Dedicada Comum” (1966) e “A Preocupação Materna Primária” (1956). Se antes analiso o trabalho datado de 1966, mesmo que feito 11 anos mais tarde se comparado ao segundo, acabo por encontrar as primeiras indicações a respeito do surgimento da expressão *preocupação materna primária*. Inicialmente esta expressão, assim como indica Abram (1996), surgiu de uma outra, *a mãe dedicada comum*, no original *the ordinary devoted mother*, e esta, por sua vez, fora formulada em 1949, como descreveu Winnicott (1966, p. 1):

“ No verão de 1949, eu e Isa Benzie, produtora da B.B.C., caminhávamos em busca de um lugar onde pudéssemos beber algo [...] Ela estava, naturalmente, em busca de um bom título, mas eu não sabia disso. Disse-lhe que não tinha o menor interesse em tentar dizer às pessoas o que elas deviam fazer. Para começar, eu também não sabia. No entanto, eu gostaria de me dirigir às mães e falar-lhes sobre a coisa que elas fazem bem, e que assim o fazem simplesmente porque toda mãe dedica-se à tarefa que tem pela frente, isto é, cuidar de um bebê, ou talvez gêmeos. Eu disse que normalmente é isso que acontece, e que constitui uma exceção o fato de um bebê ser cuidado, desde o início, por um especialista. Antes que caminhássemos vinte metros, Isa Benzie percebeu a dica, e disse: “Fantástico! A mãe dedicada comum”. E assim foi.”

A simplicidade desta frase descreve em boa medida o enfoque que Winnicott terá sobre a compreensão dos cuidados maternos nos primeiros tempos de vida do bebê. Tal simplicidade estende-se até o momento em que o autor, ao ter caracterizado o estado afetivo particular que vivencia a mãe, construiu a idéia de uma preocupação primária. Noto, desde já, a busca do autor por uma linguagem despatologizante que livrasse as

transformações psíquicas necessárias ao desenvolvimento normal, de categorias que trouxessem o sentido da doença ou loucura.

Justamente, a expressão *mãe dedicada comum* trata daquilo que as mães comumente sabem fazer muito bem e que não constitui em nada elaborado, mas numa vivência espontânea e saudável. A idéia que Winnicott (1966) associou a essa expressão é de que os cuidados que uma mãe presta ao seu bebê são realizados comumente e que estes cuidados totalizam o ambiente necessário para a constituição das primeiras bases do psiquismo, já que o bebê apresenta-se, após o nascimento, inteiramente dependente de que uma outra pessoa o suporte e o cuide.

Um importante aspecto deste pensamento é de que a capacidade das mães de voltar-se para seus bebês surge, em grande medida, de forma natural. Pessoalmente, entendo a palavra natural, aplicada a este contexto, não no sentido de uma programação biológica, instintiva, mas um fenômeno que ocorre por si só. Isto é, que ocorre espontaneamente em função de uma capacidade psíquica adquirida no percurso do desenvolvimento normal; sem que haja a necessidade de uma intervenção especializada. Sinalizo, no entanto, que embora esteja enfocando a preparação psíquica pela qual a mulher passa antes do parto, não excluo e, nem tão pouco o fez o autor, outros fatores que se agregam à esta experiência e que são tão importantes para a criação de um suporte adequado às mães. Por exemplo a família, o pai, a assistência médica, etc.

Assim, retomando a idéia de Winnicott sobre *a mãe dedicada comum*, tenho em mente que existem outras transformações vitais que estão para além daquelas externas, evidenciadas por um útero que se expande, à medida que um novo ser se forma. No campo afetivo é de vital importância - e de fato é o que comumente ocorre - , segundo Winnicott (1966, p.3), que a gestante experiencie o crescente interesse e investimento para com as

exigências que a vinda de um novo ser requer. Ao longo de nove meses, ela tem o tempo necessário para se reorientar de forma que os interesses que até então ocupavam sua vida possam dar lugar, por um determinado período, à tarefa de *segurar* e dedicar-se a um bebê. Cito este verbo em itálico uma vez que o autor o utilizou para denominar o seguinte quadro:

“Penso que quando o bebê já está pronto para nascer, a mãe [...], está preparada para a experiência na qual ela sabe, muitíssimo bem, quais são as necessidades do bebê. Vocês naturalmente entenderão que não estou apenas me referindo ao fato de ela ser capaz de saber se o bebê está ou não com fome, e todo este tipo de coisas; refiro-me às inúmeras coisas sutis, coisas que somente meu amigo poeta seria capaz de expressar adequadamente em palavras. De minha parte, dou-me por satisfeito em usar o verbo *segurar*, e ampliar o seu significado para que possa abranger tudo aquilo que, nesta ocasião, uma mãe é e faz.” (Winnicott, 1966, p.4).

O autor, numa passagem mais a frente deste texto, afirmou que a capacidade de segurar e de dedicar-se ao bebê só pode ocorrer em função de uma crescente identificação da mãe com ele. Ou seja, no período que se situa nos últimos dias antes do parto até os primeiros meses após o nascimento, em que a mãe vivencia um estado em que ela é o bebê e o bebê é ela (Winnicott, 1966). Mais a frente explicou que o que possibilita a mãe tornar-se um bebê é o fato dela ter o sido um dia, pois ela carrega consigo as lembranças e as recordações de sua própria experiência como bebê e de como foi acolhida por um outro. Este estado permite o surgimento de um profundo envolvimento da mãe com seu bebê e com os cuidados que exerce de modo a viabilizar uma aproximação, a mais completa possível, que assegure a satisfação das necessidades do bebê.

A partir desta reflexão é possível perceber, com certa clareza, a inserção da idéia de *regressão* conceitualizada por Freud. Aqui e no decorrer de todo o trabalho a *regressão* será a base para a compreensão da maternidade. Por isto, de forma mais extensiva,

preocupei-me em trazer uma descrição o mais completa possível que contemplasse todos os usos e nuances do conceito de *regressão*.

Vale ressaltar, no entanto, que embora Freud já tivesse verificado e analisado este processo de retorno ao passado infantil como mecanismo psíquico, o que torna-se particularmente importante na formulação realizada por Winnicott é a aplicação deste mecanismo regressivo no campo da maternidade. Especialmente relacionado a um processo maturativo, necessário e sobretudo, normal. Tratando-se, deste modo de uma capacidade psíquica, a capacidade saudável de regredir.

Assim, retornando especificamente à noção de *preocupação materna primária* de Winnicott, por meio desta *regressão* em que lembranças inconscientes são “despertadas” naturalmente e recorrentemente numa mulher por ocasião do nascimento do bebê, é que se abre o caminho para que esta se torne uma mãe dedicada comum. Transformação que origina tudo aquilo que, de tão simples e vital, viabiliza todos os outros processos de constituição da mente e da personalidade:

“o essencial constitui a mais simples de todas as experiências, a que se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas, e não apenas uma.” (Winnicott, 1966, p. 5).

Até aqui falei sobre a saudável capacidade psíquica da mãe de dedicar-se intensamente aos cuidados de seu bebê. Dedicção que nasce de uma identificação e preocupação da mãe em suprir, o mais completamente, as mais sutis necessidades de seu filho. No entanto, uma parte imprescindível desta saudável transformação psíquica materna é a capacidade de sair deste estado. Assim como Winnicott (1966) salientou, com o tempo, o bebê começa a precisar ser mal sucedido em sua adaptação, a experimentar falhas que o permitam exercer os mecanismos para lidar com as frustrações e as dificuldades de seu

meio. Esta tarefa deve ser exercida por aquele que cuida do bebê e, igualmente, caracteriza-se pela impossibilidade de ser aprendida. Este movimento é vital para que se construa um espaço de diferenciação entre mãe e bebê, importante para que ambos experienciem o sentimento de individualidade. No caso da mãe, vital para que gradativamente retorne ao estado psicológico em que anteriormente se encontrava.

Winnicott, no texto “A Mãe Dedicada Comum” (1966), não desenvolveu muito este segundo tempo dos cuidados do bebê. Todavia, este assunto será tratado quando referido à denominação de *mãe suficientemente boa*. Nomeação que descreve, justamente o exercício da mãe em, inicialmente, atender às necessidades de seu bebê e, posteriormente, provocar a frustração gradualmente, à medida que a criança a suporte. Abaixo, uma pequena passagem que descreve esta idéia:

“A mãe suficientemente boa, como afirmei, começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê, e , à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela.” (Winnicott, 1971, p.25).

Para um maior esclarecimento a denominação *mãe suficientemente boa*, datada da década de 50, visa estabelecer uma diferenciação com relação aos termos *mãe boa* e *mãe má* formulados por Klein. Enquanto Winnicott, no intuito de estabelecer um olhar positivo e saudável sobre a mãe concreta que cuida do bebê utilizando a expressão “mãe suficientemente boa”, o jargão kleiniano utiliza as expressões supracitadas para referir-se, contrariamente, ao objeto materno internalizado (Abram, 1996).

Esta questão, a procura de um enfoque e de termos alternativos que estabeleçam uma diferença com outros referenciais psicanalíticos em relação a esta temática, será oportuna para a compreensão da *preocupação materna primária*. Assim como já descrevi, a base para a construção desta expressão provém da conceitualização da *mãe devotada*

comum. Embora esta última expressão seja bastante representativa da perspectiva de Winnicott quanto à capacidade natural da mãe em cuidar, com a construção da *preocupação materna primária* ele estabeleceu um estudo teórico definitivo sobre o assunto; pontuando claramente uma posição original. Isto, pois o autor mostrou-se consciente do fato de não ser dada a devida atenção ao estado mental que a mãe **comumente** vivencia antes e após o parto. Disse que, do seu ponto de vista, não foi ainda considerada, seja na literatura psicanalítica ou em qualquer outra, a condição psiquiátrica pela qual passa a mulher (Winnicott, 1956, p. 401).

No texto intitulado “Preocupação materna primária” (1956), publicado numa coletânea de artigos com o nome “Da Pediatria à Psicanálise” (1958), Winnicott descreveu a *preocupação materna primária* como um estado caracterizado pelos seguintes aspectos:

“Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassam. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida.” (Winnicott, 1956, p. 401).

Winnicott (1956) definiu tal condição psiquiátrica como uma organização psíquica que concede à mãe a capacidade de preocupar-se e adaptar-se sensível e delicadamente às necessidades do seu bebê, já nos primeiros momentos de vida. Trata-se de um tipo de funcionamento mental que, caso não existisse uma gravidez, constituiria uma doença; podendo ser comparada a um estado de retraimento, dissociação, fuga, ou mesmo com um distúrbio num nível mais profundo. No entanto, refere-se a um estado que somente uma mãe saudável seria capaz de desenvolver e, gradualmente, se desfazer. Tal expectativa pressupõe, claro, que esta mãe tenha a seu dispor um ambiente que ofereça suporte.

Abro um parêntese para uma análise que considero interessante com o propósito de ampliar a compreensão sobre a *preocupação materna primária*. Proponho o retorno para a

construção da palavra *preocupação* na teoria winnicottiana, a fim de alcançar o sentido de seu uso para a concepção de *preocupação materna primária*. Opto por este caminho uma vez que as palavras utilizadas por Winnicott foram, por ele mesmo, cuidadosamente escolhidas e refletidas; como alerta um pesquisador na linguagem de Winnicott, Jan Abram (1996). Este cuidado fundamenta-se na compreensão de que um nome escolhido para um determinado fenômeno contém, em si mesmo, significado(s) que acabam por nortear nosso olhar.

Nesta perspectiva, Abram (1996), em seu dicionário sobre as palavras e as expressões utilizadas por Winnicott, explicita que a inserção do termo *preocupação* na obra winnicottiana foi utilizado como base para um enfoque substituto ao de Melanie Klein em relação à teoria da *posição depressiva*, que alternativamente nomeou de *estágio da preocupação*.

Para darmos prosseguimento a esta comparação, é importante, no entanto, assinalar que foram utilizadas duas palavras inglesas distintas, uma ligada ao *estágio da preocupação* e outra ligada à *preocupação materna primária*: “*concern*” e “*preoccupation*”, respectivamente. Ora, isto poderia representar um equívoco na aproximação que proponho fazer, entre preocupação aplicada ao um estágio primitivo do desenvolvimento do bebê, de que fala Klein, e o substantivo preocupação no âmbito da maternidade associado à mãe. Entretanto encontro duas razões para esta tarefa. A primeira e mais importante delas é a evidência da contínua intenção de Winnicott em retirar das concepções que tratam das primeiras experiências do bebê e da dupla mãe-bebê, da ordem do patológico e inseri-las na expectativas de um desenvolvimento saudável. O autor opunha-se ao enfoque patologizante deflagrado pela terminologia adotada por Klein, pois considerava que este tipo de nomeação, *o estágio depressivo* vinculado à experiência do

bebê, indicaria um caráter patologizante inerente ao desenvolvimento; sugeriria uma condição “doente” na vida emocional do bebê.

A outra, do ponto de vista gramatical, permite tal aproximação, pois a expressão “concern” contém em si o sentido de “preocupar-se” ou de “preocupação”. Mesmo que encontremos perceptivelmente maiores possibilidades semânticas para o termo “concern”, se comparado com o termo “preoccupation”, por permitir uma maior plasticidade e coerência com a idéia de normalidade e saúde. Desta forma, com as devidas ressalvas, o fundamental para Winnicott (1954-5) era a procura de expressões que ressaltassem o aspecto normal e não patológico do desenvolvimento. Desfazer uma idéia errônea indicativa de uma psicopatologia com a qual o conceito não combina.

Para concluir esta pequena revisão do conceito de *preocupação materna primária* vale ressaltar a possibilidade de ocorrerem certas adversidades que impeçam ou que dificultem as mães em vivenciar este processo. Algumas adversidades podem ser originadas em função de situações externas à dinâmica mãe-bebê, que não poderiam de todo modo serem controladas como, por exemplo, adoecimento ou morte. Mas também podemos imaginar circunstâncias em que a identificação da mãe com seu bebê esteja inviabilizada ou que, mesmo que realizada, debruça-se sobre recordações conflituosas da própria história da mãe quando maternada que acabam por impedir a harmonia e satisfação deste vínculo. Interferência que, sem dúvida, coloca em risco o sucesso do bebê em alcançar o sentimento de integração, ou de unidade, necessários à constituição da individualidade.

Sobre esta última adversidade, uma problemática no processo de identificação da mãe com seu bebê, será um ponto importante para dar andamento à compreensão deste trabalho. Uma vez que procuro entender, justamente, a experiência da gestante em função de sua história como filha. Sendo assim, no que tange o conceito de *preocupação materna*

primária, estou interessada, assim como sugeriu Winnicott (1960), na associação feita pela mãe da criança como um objeto interno; um objeto que só poderá ser imaginado a partir do emergir das experiências primitivas da mãe.

Para uma melhor compreensão desta problemática analiso, no próximo capítulo, o conceito de *identificação* e de *identificação projetiva* formulados por Klein, como mecanismos fundamentais para a compreensão dos primeiros modos de interação da criança e com o mundo. Estes mecanismos oferecem suporte a compreensão do retorno ao passado infantil para o estabelecimento da identificação da mãe em relação ao seu bebê, como explicita Winnicott. Estes novos conceitos surgem do propósito de Melanie Klein em sinalizar a importância dos primeiros modos de relação do sujeito com o objeto, em períodos bastante arcaicos do desenvolvimento; no caso, o bebê com o seio.

CAPÍTULO

4

A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE *PROJEÇÃO* E *IDENTIFICAÇÃO* *PROJETIVA* NA OBRA DE MELANIE KLEIN

Para este capítulo, dedico um estudo a respeito da teoria Kleiniana, especialmente quanto aos conceitos de *projeção* e *identificação projetiva*. Como justifiquei na introdução do presente trabalho, a presença da teoria de Klein, sustenta a especificidade de meu olhar para o fenômeno da maternidade. Isto porque a clínica com as jovens mães demonstrou a grande força e relevância das interações arcaicas entre o bebê e sua mãe, de modo que estas primeiras impressões que, no passado, ofereçam suporte para progressiva noção de existir do bebê, está recolocada na nova situação de maternidade. Sendo assim, a *identificação projetiva* apresenta-se neste estudo de modo a completar as três idéias que privilegio para a compreensão da vivência psíquica da mulher durante a gestação, em especial no que tange a relação com sua mãe, que oferecem os recursos necessários para a nova maternagem. A saber: a *regressão*, a *identificação projetiva* e a *preocupação materna primária*.

Para este capítulo, tomo como proposta de “roteiro” ao estudo do conceito de *projeção* e *identificação projetiva* nas publicações de Klein, o texto “Os Processos

Defensivos na Obra de Melanie Klein” de Baranger, 1981. No entanto, antes de iniciar uma análise da obra de Melanie Klein em busca de um entendimento do conceito de *projeção* e *identificação projetiva*, é preciso pontuar, ainda que de forma bastante sintética, as contribuições freudianas que constituíram base teórica à exploração da autora. Isto porque, embora Klein crie toda uma nova perspectiva sobre esses conceitos, não rompe nem invalida as noções primordiais que encontramos em Freud.

O conceito de *projeção* foi claramente citado e descrito por Freud particularmente na análise da paranóia, do caso Schreber (Freud, 1911). Muito embora Freud entendesse que a *projeção* aplicava-se também à explicação de certas manifestações da vida psíquica normal, tal mecanismo foi descoberto primeiramente aplicado ao entendimento da paranóia (Laplanche & Pontalis, 2000). Assim a *projeção*, segundo o autor, encontra-se presente na dinâmica da sintomatologia da paranóia, sendo sua presença a garantia de defesa do ego contra representações intoleráveis. Freud apresentou esta idéia já em 1896, antes mesmo da análise do caso Schreber, ao afirmar que a paranóia seria um abuso do mecanismo de *projeção* com finalidade defensiva (Freud, 1895). Ou seja, tal patologia recorre à *projeção* de forma a lançar para o exterior as idéias incompatíveis ou conteúdos intoleráveis ao ego, resultando, no retorno destes contra o próprio ego. Mesmo que não haja uma alteração do conteúdo afetivo a ser evitado.

Importante destacar, no entanto, que Freud entendia que a *projeção* é um mecanismo da dinâmica psíquica. Sua aplicação, segundo o autor, ajuda a explicar fenômenos como a superstição e a mitologia (Laplanche & Pontalis, 2000).

Para fazer uma análise sobre como o conceito de *projeção* aparece na teoria kleiniana é preciso primeiro contextualizar a nova perspectiva teórica que a autora elabora. O acréscimo que Klein trouxe ao conceito de *projeção*, até a formulação da *identificação*

projetiva, surgiu de sua crescente descoberta acerca da constituição do mundo interno das crianças ainda em idade muito inicial. Hanna Segal (1973), importante referência para o estudo da obra de Melanie Klein, demonstra que a construção do conceito estrutural de *posições* constituiu um “marco” da crescente ampliação de uma psicanálise original de Klein para a compreensão do mundo interno infantil. A partir desta nova perspectiva, a partir de 1934, fica cada vez mais evidente para Klein que a teoria de Freud não podia abarcar as suas descobertas clínicas, sendo preciso construir novos conceitos básicos.

O conceito de *Posição*, como dito anteriormente, inaugurou uma nova formulação metapsicológica kleiniana. Está contextualizado, inicialmente, em referência à *posição depressiva* elaborada em dois artigos: “Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníaco-Depressivo” (Klein, 1935) e “O Luto e suas Relações com os Estados Maníaco-Depressivos”(Klein, 1940), e, posteriormente, aplica-se também para a compreensão da *posição esquizo-paranóide*, no texto “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides” (Klein, 1946). Preferiu-se a palavra *Posição* em lugar de “fase” ou “etapa” pois, embora contenha a idéia de um determinado tempo do desenvolvimento, trata-se de toda uma organização. Ou seja, abarca o estado do ego, as relações de objetos, as fantasias e as defesas (Segal, 1973).

A partir destas descobertas, houve a necessidade de elaborar novas compreensões sobre a relação de objeto, contexto em que mecanismos defensivos assumem importância fundamental. A *projeção*, justamente, passou então a situar-se no conjunto de processos ou mecanismos defensivos que Klein formulou para explicar a dinâmica psíquica de cada posição, nas quais o sujeito depara-se e se constitui em interação com os objetos.

Importante assinalar no entanto que, na teoria Kleiniana, toda esta nova perspectiva sobre o funcionamento do psiquismo incipiente trouxe o conceito de *projeção* ao processo

de constituição e desenvolvimento da vida psíquica normal. Muito embora possa ocorrer um mau uso deste mecanismo em processos patológicos.

Sendo assim, para Klein, a *projeção* insere-se, determinantemente, em outra perspectiva. Perspectiva que pressupõe o adiantamento da atuação do ego (ou de uma instância egóica) já em estágios muito primitivos experienciados pelo bebê. Momento em que estão em jogo certos mecanismos defensivos e arcaicos na constituição psíquica do bebê. Baranger (1981) localiza a *projeção* como um destes mecanismos arcaicos normais e necessários ao lado de outros dois, formando a trilogia básica de *projeção*, *introjeção* e *clivagem*¹⁹.

Sem dúvida, seria impossível definir apenas a *projeção* e ignorarmos os outros dois mecanismos de *introjeção* e de *clivagem*. As primeiras experiências do sujeito frente o mundo são complexas, e tal distinção presta-se apenas a uma tentativa de compreensão desta realidade. Para que possamos visualizar a dinâmica entre estes três mecanismos, comecemos por uma definição geral de *clivagem* e *introjeção*. O conceito de *projeção* aparecerá relacionado com estes dois mecanismos para que então, posteriormente, eu possa delimitar sua compreensão na obra de Klein. As definições de *clivagem* e *introjeção* estarão pautadas na revisão realizada por Baranger (1981) sobre os processos defensivos na obra de Melanie Klein e da autora Hanna Segal (1973) em seu livro introdutório à obra de Klein.

Na clínica analítica de M. Klein o motor principal para o desencadeamento de uma operação defensiva é o aparecimento da ansiedade (Baranger, 1981). Segundo Klein (1946) a *clivagem* já pode ser observada e assume papel importante logo na primeira e, provavelmente, numa das mais marcantes experiências de angústia, o trauma do

¹⁹ Emprego a palavra *clivagem* em adesão às ressalvas sobre tradução de Baranger (1981, p.123), mesmo que, nas edições brasileiras das obras de Klein aqui utilizadas, tenha-se traduzido a idéia deste mecanismo defensivo como *cisão*.

nascimento. No nascimento, o bebê é tomado por uma vivência abrupta que desperta uma forte sensação de desprazer contrapondo o estado até então experimentado no ventre. O ego incipiente é forçado a atuar frente a angústia que situa-se em seu interior expulsando tal sensação para o exterior, ou seja, projetando uma parte de si.

Para que esta expulsão seja possibilitada, faz-se necessária a operacionalização de uma *clivagem*. Esta, por sua vez, promove a primeira divisão do ego, uma divisão defensiva que servirá de “apoio” para que se opere, mais tarde, toda a complexidade do funcionamento psíquico. Temos então que o mecanismo de *clivagem* apresenta-se como pré-requisito para a *projeção* e que sua aparição ocorre logo na posição mais inicial do ego frente aos objetos, na posição esquizo-paranóide. Isto permite pensar que, mesmo neste tempo muito inicial, o ego não é uma instância simples, totalizada, mas uma instância que já comporta, em si, uma estrutura (mesmo que rudimentar) que integra uma certa complexidade de modo a promover a capacidade defensiva. Desde o nascimento, o ego já possui base suficiente para experienciar a ansiedade, para recorrer a mecanismos de defesa e para formar relações primitivas de objetos tanto na fantasia como na realidade (Segal, 1973).

No desenvolver da obra de Klein percebe-se que a noção de *clivagem* não se insere somente na explicação de uma primeira estruturação intrapsíquica, mas atua também sobre as experiências do sujeito com os objetos e sobre as fantasias relacionadas a eles. De fato, torna-se difícil considerar tais dimensões como independentes. Assim mesmo vale exemplificar a *clivagem* frente à relação com o objeto com o estabelecimento de dois pólos. Por um lado uma relação prazenteira com o objeto amado, aplacador das angústias; por outro, a relação frustradora com o objeto destruidor. A consequência do esforço do ego quanto à *clivagem* dos objetos está descrita num texto de 1934 em que a autora disse:

“Conforme mencionei anteriormente, o ego procura manter separados os objetos bons dos maus, e os reais, dos fantasmáticos. O resultado é um conceito de objetos extremamente maus e extremamente perfeitos [...]” (Klein, 1934, p. 363).

A medida que a teoria kleiniana se desenvolveu, o conceito de *clivagem* foi tomando várias implicações e dimensões. Temos a *clivagem* da posição esquizo-paranoide na primeira forma de relação do sujeito com o objeto, a *clivagem* que corresponde a posição depressiva, a *clivagem* como estruturante do ego e dos objetos bons e a *clivagem* que leva à uma desintegração do ego, seu enfraquecimento e à confusão. Segundo Baranger, 1981, existe assim a idéia de que a *clivagem* é tanto um recurso defensivo do ego que tem como produto o fortalecimento do mesmo, como também uma operação que provoca enfraquecimento e dismantelamento do ego. Isto porque a *clivagem* do objeto implica, necessariamente, numa *clivagem* ou cisão do próprio ego; idéia expressa por Klein (1946). E a *clivagem* do ego promove uma proteção contra aquilo que o ameaça, mas também enfraquece sua força por cindi-lo.

O conceito de *introjeção*, similarmente ao de *clivagem*, alude a um mecanismo defensivo aplicado à relação do sujeito com o objeto presente logo no princípio da vida pós-natal, de forma a estruturar o ego. De modo geral, ele é entendido como um processo fantasístico que traduz a passagem de objetos ou de características inerentes a estes situados na externalidade do sujeito para o interior do mesmo; um movimento de “fora” para “dentro” (Laplanche & Pontalis, 2001).

Na obra freudiana a *introjeção* aparece de forma privilegiada no texto “Luto e Melancolia” em que Freud (1817[1915]) contextualiza o mecanismo de *introjeção* na perda do objeto investido. Klein, por outro lado, ampliou a concepção do conceito ao apresentar que este mecanismo opera mesmo em situações que não implicam em nenhuma perda do

objeto. Define que, de forma geral, “Esse termo se refere à atividade mental da criança através do qual, na fantasia, ela absorve para dentro de si tudo o que percebe no mundo externo”(Klein, 1936, p. 332).

Para esclarecer o que seria o mecanismo da *introjeção* tenho em mente que ela não se realiza de modo independente da cisão dos objetos; assim como o disse à respeito da *projeção*; tampouco realiza-se independente desse último. Para que se possa visualizar a *introjeção* retomo alguns esclarecimentos já mencionados.

Uma vez operada a divisão do objeto em dois pólos; por um lado o objeto bom, apaziguador, por outro o objeto mau, destruidor, ocorre então, segundo Segal (1973), um incremento da ansiedade e da agressividade. Particularmente no posicionamento esquizo-paranóide, o objeto mau torna-se perigoso e persecutório dando origem a uma esmagadora ansiedade de aniquilação forçando o ego a recorrer intensamente às defesas de *introjeção* e *projeção*. Forçando-o a trabalhar na manutenção constante do afastamento do objeto persecutório, sobre o qual a angústia é projetada, e na aproximação, *introjeção* do objeto acalentador. Ou seja, o objetivo é introjetar o bom e projetar o mau.

Na posição depressiva também é possível visualizar o mecanismo de *introjeção*. Ainda segundo a autora, nesta fase, segue-se a tarefa de integrar ao ego um objeto menos cindido, mais real. Poderia dizer, resumidamente, que, uma vez que o bebê introjetou o objeto bom e projetou o mal, o ego deve sentir-se mais e mais seguro e protegido pelo objeto idealizado introjetado de modo que o objeto mau perca parte de sua força destrutiva. A *projeção*, sendo menos necessária, o objeto mau passa a representar cada vez menos perigo e o ego se fortalece. Diminui-se assim a distância e a polarização de uma parte perfeita e idealizada detentora, fantasisticamente, da capacidade de gratificação ilimitada e

a parte persecutória capaz de aniquilar o ego. Propiciando, desta maneira, uma relação com o objeto cada vez mais totalizado e real.

Percebe-se que a idéia de *projeção* encontra já inserida nesse texto, quanto a dinâmica dos mecanismos defensivos do ego de *introjeção* e *clivagem*. Bem verdade que Melanie Klein situou a *projeção* na dialética *introjeção-projeção*; fundamento precedente à diferenciação interior-exterior. Assim temos, na teoria de Klein, também a idéia de *projeção* como recurso arcaico do ego, já atuante em momentos muito iniciais da vida. Seu propósito é a expulsão de aspectos nocivos experienciados no interior do sujeito; daqueles aspectos que ameaçam a sobrevivência do ego²⁰. Seguem-se duas definições dadas por Klein sobre o processo projetivo. A primeira, retiro do texto “O Desmame” onde Klein (1936) traz a idéia de *projeção* como um mecanismo que visa a atribuir, ao objeto, os sentimentos destrutivos situados no próprio ego. Situando este processo na relação do bebê com o seio define:

“Assim, o seio da mãe que traz gratificação ou a nega adquire, na mente da criança, as características do bem e do mal. O que poderíamos chamar de seios “bons” se tornaram o protótipo de tudo aquilo que é percebido pelo resto da vida como algo bom ou benévolo, enquanto os seios “maus” representam tudo o que é mau ou tem o caráter de perseguidor. O motivo para isso pode ser explicado pelo fato de que ao voltar seu ódio contra o seio que nega - ou seja, o seio “mau” - a criança atribui ao próprio seio todo o ódio ativo que dirige contra ele - processo que recebe o nome de *projeção*.” (Klein, 1936, p. 331-332).

Num texto de 1959, Klein escreveu este processo como mecanismo vigente também nas vivências do sujeito posteriores a estruturação do ego nos primeiros meses de vida. Fala então que:

²⁰ Vele ressaltar, neste momento, a dificuldade em delimitar a noção de sujeito e de ego. Neste trabalho, não as escrevo como duas entidades diferentes, mas duas possíveis perspectivas sobre esta pessoa ativa, na busca de uma compreensão teórica. Esta discussão pode ser encontrada em Baranger (1981).

“A projeção tem muitas repercussões. Somos inclinados a atribuir a outras pessoas - em certo sentido colocar dentro delas - algumas de nossas próprias emoções e pensamentos, e é óbvio que a natureza amistosa ou hostil dessa projeção dependerá de quão equilibrados ou perseguidores estejamos.” (Klein, 1959, p. 286).

No contexto da teorização das primeiras experiências do sujeito com o outro, junto aos processos defensivos mediadores desta relação, Klein inseriu, em 1946, um conceito original que tomará grande importância na teoria psicanalítica, o conceito de *identificação projetiva*. Baranger (1981) nos alerta, no entanto, que Freud, apesar de não ter utilizado este termo, já havia teorizado as idéias que o fundamentam; a exemplo do trabalho sobre a homossexualidade, a atribuição do ideal do ego aos pais reais na construção do superego herdeiro do narcisismo infantil ou, ainda, quanto ao fenômeno do enamoramento

A primeira apresentação do conceito de *identificação projetiva* por Melanie Klein está inserido no texto “Notas sobre Alguns Mecanismos Esquizóides” de 1946. Logo inicialmente a autora preocupou-se em diferenciá-la do conceito de *projeção*. Pode-se dizer que a *identificação projetiva*, numa concepção geral, se constitui por uma combinação de dois mecanismos defensivos: a *clivagem* e a *projeção*.

Importante situarmos a inserção da *identificação projetiva*, privilegiadamente, na fase oral do desenvolvimento; ou seja, num caminho de gratificação apoiada pela zona bucal que faz-se, especialmente, no contato do bebê com o seio. Segundo Klein (1946), este é o primeiro objeto de ligação e frente o qual o ego arcaico desenvolve mecanismos e defesas fundamentais a fim de controlar e organizar a ansiedade.

A *clivagem*, responsável pela primeira marca defensiva operacionalizadora da oposição de um estado de amor relacionado ao seio gratificador e outro estado de frustração, ódio e ansiedade relacionado com o seio frustrador, amplia seus efeitos de modo a construir fantasisticamente um objeto superidealizado capaz de produzir satisfação

ilimitada (gratificação alucinatória). Claro que este engrandecimento irreal provoca, por outro lado, também um incremento das qualidades destrutivas e persecutórias do objeto mau; criando uma grande lacuna que provoca a separação completa das partes do objeto. Lembremos que, uma cisão do objeto, ainda mais intensa como esta descrita, não ocorre sem uma equivalente dissociação do ego.

O que Klein (1946) notou, a seguir, é a negação e busca de aniquilação do objeto mau e, com ele, de uma parte do ego que é fonte dos sentimentos destrutivos pelo objeto. Criando-se um estado alucinatório de onipotência tanto para a obtenção do objeto e das situações ideais quanto para a morte dos objetos maus e das situações de dor. Em busca desta aniquilação e negação dos impulsos destrutivos, formam-se duas linhas de ataque: a primeira, predominantemente oral, que visa exaurir a “mãe” de modo a retirar-lhe tudo o que há de bom (aqui existe uma conexão com a *introjeção*) e outra derivada dos impulsos anais e uretais que visam a expulsão de conteúdos destrutivos para o interior da “mãe” (Klein, 1946 e 1952).

Temos que uma parte do ego, aquela que é “má”, é fantasisticamente projetada para o corpo materno de modo a controlá-lo. A autora resume e completa esta idéia no seguinte trecho:

“Esses excrementos e essas partes más do *self* são usados não apenas para danificar, mas também para controlar e tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe passa a conter as partes más do *self*, ela não é sentida como um indivíduo separado, e sim como sendo o *self* mau.” (Klein, 1946, p. 27).

Portanto, a *identificação projetiva*, inserida circunstancialmente na confluência dos desejos orais, descreve uma forma particular de identificação advinda da *projeção* de partes destrutivas do ego para dentro do objeto, a fim de danificar e controlar este objeto que se torna perseguidor. Neste momento podemos distinguir uma importante diferença

com a *projeção*. Assim como Baranger (1981) indica, se por um lado temos a *projeção* como um mecanismo de expulsão de aspectos nocivos e maus do sujeito para o objeto situado na externalidade, a *identificação projetiva* marca-se por acompanhar o processo de *projeção* junto à *clivagem* do próprio ego, de modo que uma parte do ego é *colocado no interior* do objeto. Temos como efeito que o objeto “mau” não fica diferenciado, externo à pessoa que o construiu. O perseguidor não é um perseguidor comum, com o qual o ego “não tem nada a ver”. Pelo contrário, o que se produz é uma indiscriminação do ego frente o objeto; do que é de dentro e do que é de fora. O que vai, sem dúvida, mais além daquilo correspondente à *projeção* comum.

Mais adiante Klein (1946) acrescentou que não são apenas as partes más do *self* que são projetadas, mas também as boas. Isto por sua vez favorece o estabelecimento de relações gratificantes com o objeto. Os excrementos do bebê expelidos para sua mãe, são também presentes e correspondem à sentimentos amorosos. Contudo se a *projeção* destas partes boas for excessiva pode-se dar início a um sentimento de perda das próprias qualidades resultando numa idealização da mãe e conseqüente dependência, enfraquecimento e empobrecimento do ego.

O próximo texto em que a autora evocou a noção de uma identificação por *projeção* é de 1952, “Algumas Conclusões Teóricas Relativas à Vida Emocional do Bebê”, lá reforçou as idéias já apresentadas no texto anterior, acrescentando o papel complementar de uma identificação regida pela *introjeção* à *identificação projetiva*. A idéia já está presente nas passagens anteriores quando notamos que o bebê ataca o seio não só através da *projeção* de seus excrementos, mas também, simultaneamente, por meio do sugar “vampiresco”, devorador, que visa a incorporação do corpo da mãe. Reforçando a

convicção que o mecanismo de *introjeção* e *projeção* operam conjuntamente logo no início da vida.

Mais a frente, em 1958 no artigo “Nosso Mundo Adulto e suas Raízes na Infância”, Klein acrescentou um olhar mais otimista sobre a *identificação projetiva*. Assim como no texto de 1955 “Sobre a Identificação”, segundo a revisão feita por Baranger (1981), Klein indicou a idéia de que a *identificação projetiva* não corresponde somente à primeira fase da primitiva relação afetiva do bebê com seu objeto. Este tipo de identificação tem papel fundamental e é base para nossas boas relações com o mundo social na vida adulta.

Oposta a uma visão violenta e intrusiva da *projeção* de partes nocivas e más por parte do ego (excrementos) sobre um objeto de modo a tomá-lo sobre seu domínio a fim de controlá-lo, temos a noção da *identificação projetiva* como base para o surgimento da empatia e dos bons vínculos com o outro. Para uma melhor compreensão desta nova perspectiva sobre o processo de identificação na vida adulta, evoco um primeiro enunciado da autora quanto, justamente, a este processo no interjogo das relações cotidianas. Neste contexto, ela nos disse:

“Somos inclinados a atribuir a outras pessoas - em certo sentido colocar dentro delas - algumas de nossas próprias emoções e pensamentos, e é obvio que a natureza amistosa ou hostil dessa projeção dependerá de quão equilibrados ou perseguidores estejamos.” (Klein, 1959, p.286).

Klein (1959) continuou sua reflexão ao considerar que, uma vez projetada parte de nossos sentimentos a outras pessoas, temos a possibilidade de compreendermos suas necessidades, sentimentos e pensamentos. Imediatamente já percebo o risco deste mecanismo se mediante investimento excessivo e/ou marcadamente persecutório. Por outro lado, assim a própria autora concluiu, a *projeção* e a identificação decorrente são de grande importância em nossas relações com as outras pessoas. Constituem a base para o

sentimento de empatia, confiança e para o estabelecimento de vínculos regidos pelo amor.

Trago uma segunda passagem que exemplifica este pensamento numa linguagem bastante simples em relação a situações particularmente comuns. Segue:

“Quando a necessidade persecutória é menos intensa e a projeção atribuída a outros fundamentalmente bons sentimentos, tornando-os assim a base da empatia, a resposta do mundo externo é muito diferente. Todos nós conhecemos pessoas que têm a capacidade de serem queridas. Temos a impressão de que elas têm alguma confiança em nós, e isso evoca um sentimento amistoso de nossa parte. Não estou falando de pessoas que tentam fazer-se populares de maneira insincera. Ao contrário, eu acredito que são pessoas genuínas e corajosas por suas convicções que são, a longo prazo, respeitadas e mesmo queridas.” (Klein, 1959, p. 292).

Este tipo de situação refere-se às partes mais coerentes da pessoa em que o ego não sofre um enfraquecimento de si frente a uma polarização rigorosa de suas partes. Tais tipos de interação trazem grande satisfação e integração ao ego. Esta possibilidade estará condicionada, segundo Klein (1959) às experiências arcaicas do bebê na interação com sua mãe. Segundo Baranger (1981), esta passagem de um olhar mais positivo a respeito da *identificação projetiva* está também vinculada a uma transformação do conceito de *clivagem* para um aspecto mais integrador e “funcional” do ego (ver a discussão realizada na página 6 no presente capítulo).

Isto, se a *clivagem* estiver sob o domínio do amor e daqueles objetos bons, de forma a não se fragmentar e dispersar-se. Se suas partes encontram-se mais coerentes entre si e a *projeção* estiver correspondente aos bons investimentos, sem associar-se ao sentimento de esvaziamento, ter-se-á, como consequência, um maior equilíbrio entre o dar para o exterior e o receber para dentro, nos mecanismos de *introjeção* e *projeção* (Baranger, 1981).

Para concluir esta revisão, realço a importância e a originalidade de Melanie Klein em sua elaboração teórica e, em especial, quanto a construção do conceito de *identificação*

projetiva, na elaboração do processo de constituição do ego e das primeiras relações afetivas (protótipos para toda a rede social na vida adulta). Tal conceito marcou a teoria de Klein e hoje se propaga no pensamento psicanalítico contemporâneo.

A seguir, no capítulo 5, dou continuidade à compreensão do mecanismo de *identificação projetiva* a partir do material clínico que recolhi ao longo dos atendimentos que fiz a algumas gestantes e puérperas. Sua compreensão, deste modo, fica num contexto posterior ao do bebê frente ao objeto (o seio). Sua aplicação e importância decorrem da vívida rerepresentação, no corpo materno, das relações objetais arcaicas que nortearão a “nova” relação que está por vir, a partir da concepção de uma criança.

CAPÍTULO 5

A RELAÇÃO MÃE-FILHA GESTANTE NA CLÍNICA DA GESTAÇÃO E DO PUERPÉRIO

Uma vez estudados os principais conceitos que oferecem suporte à clínica da maternidade, trago, para análise, minha própria experiência de escuta junto às gestantes e puérperas. Os dados clínicos que servirão de base à análise desta dissertação são provenientes de diversos contextos, todos urbanos. Como as fontes de pesquisa foram diversas, assim como explicitada na introdução, e com o objetivo de fazer um arranjo que leve também em consideração o recorte social de onde retiro alguns exemplos clínicos, iniciarei cada exemplo com uma breve descrição do contexto onde encontrei as mães.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas em fita cassete e, outras, registradas por anotações. Também aproveito material de conversas informais com essas mulheres. Importante assinalar que as entrevistas realizadas eram abertas; não tinham nenhum tipo de roteiro a ser seguido. Apenas foi solicitada às mulheres que contassem suas experiências da gravidez, da maternidade e da relação mãe-filha.

5.1 Apresentação dos exemplos clínicos:

Trago abaixo pequenos relatos clínicos que considero exemplares para dar continuação à análise das transformações do psiquismo materno. Os relatos estão subdivididos e nomeados como exemplo A, B, C e D.

Exemplo A –o caso aqui tratado advém de um grupo formado por gestantes com alto nível de escolaridade e boa condição financeira e que tinha como objetivo primeiro à preparação física para o parto – no caso yoga. No entanto, minha entrada no grupo visava possibilitar um espaço de diálogo entre as gestantes, de modo a constituir uma rede de apoio e suporte psicológico para as questões trazidas por estas mães.

Este grupo caracterizava-se pela alta rotatividade de gestantes que formavam uma média de 6 pessoas, com duração média de 30 minutos semanais e ocorria antes que se iniciasse a atividade física, entre fevereiro e abril de 2004.

Especificamente o caso que apresento aqui proveio de uma conversa informal com Sabrina²¹. Este material acabou por fornecer muito mais riqueza se comparado àquele trazido junto ao grupo. Isto porque, no grupo, embora eu tivesse a intenção de favorecer um espaço para troca entre as gestantes, a demanda relacionava-se fundamentalmente por esclarecimentos e informações sobre as transformações emocionais próprias da vivência da gestação. Parece que isto se deveu ao fato das mães não sentirem-se confiantes para compartilhar com o grupo, já que este se reconfigurava a cada encontro.

²¹ Os nomes que aqui escrevo para nomear cada mãe, não são os nomes reais; a fim de preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Sabrina, com 27 anos e gestante há 5 meses vivenciava sua primeira gestação que lhe traria uma menina, a primeira neta de sua mãe. Durante a gestação, segundo Sabrina, seu bebê tornou-se o foco da atenção de toda sua família materna. O futuro pai do bebê de Sabrina, que na época da entrevista tinha 35 anos, também vivenciava sua primeira experiência de paternidade. Sabrina morava com sua mãe.

O relato que apresento foi narrado num contexto casual, enquanto esperávamos a aula de yoga começar. Sabrina relatou que, por volta do 4o mês de gestação, “descobriu” algo sobre seu passado infantil “como que por acaso”. Uma vez, ao chegar em casa, tocou a campainha e ninguém respondia, bateu à porta, mas também ninguém atendia. Disse que, naquele instante, sentiu-se desesperada por ficar presa e que, no seu entendimento, sua mãe é quem deveria abrir a porta trancada. Este relato foi descrito por ela como algo vivo, atual, provocador de uma intensa sensação de impotência e, principalmente, desamparo.

Sabrina afirmou ter vivenciado a sensação, provocada pela cena em que ficara presa, em seu corpo durante alguns dias. Uma vez que sua angústia havia estado demasiadamente presente, mesmo após o ocorrido, sentiu a necessidade de contar para sua mãe, de forma magoada o corrido. Sua mãe, logo após escutá-la lembrou-se de um importante e dramático momento da família. Contou que ela e o pai de Sabrina, que na época tinha “problemas” com álcool e que a agredia fisicamente, tiveram uma discussão. A cena ocorreu da seguinte maneira: Sabrina, ainda muito pequena, encontra-se em seu berço no quarto de seus pais. Seu pai, após ter um sério desentendimento com sua mãe, tranca esta no banheiro situado no quarto e vai embora de casa. Nesta ocasião, Sabrina chora chamando por sua mãe que está trancada, sem ter como sair. A mãe, por outro lado, também desespera-se por não conseguir abrir a porta trancada.

A mãe de Sabrina, ao contar a cena para a filha, disse não se lembrar desta até aquele instante.

Exemplo B –Grupo este exemplo coletei de um grupo formado por puérperas, mães de 1 mês a 6 meses após o parto. Eram mulheres com alto nível de escolarização e de classe média e que compunham uma grupo de, em média, 7 mães com quase nenhuma rotatividade. Este grupo tinha como propósito tanto a atividade física específica para mulheres que deram a luz assim como de ser um espaço para convivência e troca entre as mães. Minha entrada no grupo ocorreu de fevereiro a março de 2004, com frequência de duas vezes semanais com duração média de 1 hora.

Num certo dia propus para este grupo de mulheres puérperas conversarmos sobre suas relações com as próprias mães. Nesta ocasião, Cristiane, relatou um acontecimento interessante que poderá continuar a ilustrar a problemática aqui analisada. Esta mãe, de aproximadamente 30 anos, acompanhada por sua primeira filha de 5 meses contou que sentia muita falta da mãe, especialmente após sua filha ter nascido. Ela, que era residente em Brasília a poucos anos, convivia com a expectativa constante de voltar a morar em sua antiga cidade. Local onde sua mãe e sua família extensa moravam. Segundo Cristiane este desejo a acompanhava a cada dia e ficava especialmente presente nos cuidados que dispensava a sua bebê. Esta bebezinha estava sempre acompanhada de objetos feitos pela avó materna, como: travesseiro, babador, cueiro. Cristiane falava alegremente que sua mãe fizera toda a decoração da roupa de berço do quarto de sua filha.

A fala de Cristiane mostrava-se sempre muito alegre e saudosa de sua mãe; sua mãe era sempre apresentada como um objeto bom e desejado. Importante ressaltar que esta

mesma mãe, Cristiane, tinha um lugar bastante admirado, quanto ao papel materno, pelas outras puérperas do grupo.

Relatou, também, que logo nos dias iniciais após o parto, teve um desentendimento com seu marido. A razão deste desentendimento foi descrita por ela como tola se comparada aos sentimentos desproporcionalmente intensos. Por consequência desta briga, Cristiane sentiu a imperiosa necessidade de ir ao encontro de sua mãe, como se este contato fosse a única solução para seu estado. Naquele momento, estava decidida em fazer suas malas e ir morar com sua mãe, pois estava convencida de que esta seria a única pessoa capaz de a entender e a acolher. Sentia não haver mais possibilidade de estar longe de sua mãe, prosseguindo com sua vida conjugal. Relata que todo o resto de sua experiência perdia o sentido frente a este desejo.

Cristiane não concretizou naquele momento seu impulso, mas diariamente, durante o período que a encontrava no grupo, reafirmava que voltaria para morar perto de sua mãe. Em aproximadamente seis meses após o fim do grupo, Cristiane conseguiu de fato voltar a morar perto de sua mãe.

Exemplo C – O exemplo que aqui descrevo foi relatado por Ana, uma gestante atendida por mim, numa situação emergencial. Encontrei esta mãe em um dos encontros promovidos pelo Hospital Universitário de Brasília – HUB –, entre profissionais de saúde e pacientes gestantes, no segundo semestre de 2004. Grande parte das mulheres que participavam destes encontros eram mulheres de classe média baixa e classe baixa, muitas com baixo nível de escolarização. O objetivo deste grupo era fornecer informações que auxiliassem às gestantes, especialmente, após o parto, dentre elas: aleitamento, cuidados com o bebê, vacinação, entre outros. Ocorria semanalmente com duração aproximada de 3 horas, no

próprio hospital, sob orientação de profissionais de diversos campos, dentre eles: da enfermagem, da psicologia, da pediatria, da obstetrícia, da nutrição, da fisioterapia e da terapia ocupacional. O grupo se caracterizava pela alta rotatividade e totalizava, frequentemente, 25 gestantes.

O material que seleciono aqui provém de um atendimento clínico de emergência com Ana, já nos últimos dias de sua gestação, por solicitação da enfermeira obstétrica. Ana aparentava ter por volta de 27 anos e vivenciava já o 9º mês de sua gestação. Na situação em que a conheci, estava na companhia de seu segundo filho de 3 anos. Segundo ela, seu primeiro filho morava com a família do pai, distante dela. Relata que, ao engravidar não teve mais lugar em sua família, não tendo condições de cuidar de si mesma e de seu primeiro filho. No período em que a entrevista foi realizada, Ana vivia com um outro companheiro, pai do atual bebê, e junto ao seu segundo filho de 3 anos.

A justificativa do caráter emergencial do atendimento devia-se ao fato de Ana demonstrar intenção de cometer suicídio. Segundo ela, dias antes subiu no telhado da casa e ameaçou pular por não suportar sua situação. Ao iniciarmos uma conversa, ela queixou-se da grande dificuldade financeira pela qual sua família passava. Dizia não ter dinheiro, por vezes, para comprar comida e tampouco comprar qualquer peça do enxoval da criança que estava esperando.

Mais adiante, no decorrer deste encontro, disse que em verdade não conseguia entender a origem do tamanho sofrimento pelo qual passava. Sentia-se desesperada e descontrolada. No momento desta fala, Ana disse que sua condição emocional havia piorado quando “jogou” a cabeça de seu filho contra o chão, no momento em que este tentava colocar água no copo sozinho.

Especialmente, quanto a esta cena com o seu filho, lembrou de um acontecimento descrito por ela como “marcante” em que sua mãe fizera a mesma coisa com ela, machucando sua cabeça ao batê-la contra a parede. Foi esta a primeira fala que Ana pronunciou em relação à sua mãe. A partir de então propus falarmos sobre a relação dela com a mãe. Ela dizia sentir muitas saudades de sua mãe. Uma saudade intensa, mas que não ganhava movimento pois seu companheiro não a “permitia” entrar em contato com a mãe.

Sua fala, ao mesmo tempo de saudosista do antigo contato materno, mantinha marcante ambigüidade ao esclarecer, por exemplo, que sua mãe a deixou com uma tia que a mal tratava. Só depois de muitos anos que ela buscou Ana para morar consigo novamente. Também o fato de não ter tido o apoio materno ao engravidar pela primeira vez.

Embora já estivesse bastante visível, neste encontro, que o sentimento de incapacidade de ser mãe ocupava a experiência em todas as três vezes que engravidou, o que se tornava importante naquele momento foi a percepção de que todos aqueles conteúdos relacionados à sua mãe – seja a saudade, a mágoa, o desamparo, o sentimento de abandono e agressão –, estavam sendo evocados com mais intensidade, nesta gestação. Além disso, também estava evidente, para Ana, que o passado tornava-se atual sempre que vivenciava algum acontecimento doloroso.

O que tinha de particular nesta gestação e que, ao meu ver, tornava-se um importante fator para a fruição de um material tão intenso é o fato de Ana esperar a sua primeira filha menina; uma vez que seus dois outros filhos eram meninos. Recorrentemente dizia não querer aquela menina.

Exemplo D – O material clínico refere-se ao atendimento psicoterápico de uma jovem mãe iniciado em 2004 e que se estende até os dias de hoje. No momento inicial do processo

terapêutico Maria tinha 22 anos e sua filha, 1 ano. Sua queixa, inicialmente, referia-se à tensa relação com seu bebê. Dizia odiar ser mãe e demonstrava o intenso sofrimento por experimentar tal hostilidade, pois se sentia uma pessoa má, incapaz de sentir amor. Aos poucos a queixa voltou-se para a angustiante relação que mantinha com sua mãe.

Neste contexto, a pesquisa contextualiza-se de forma bem definida a partir do trabalho clínico de abordagem psicanalítica. Serão particularmente interessantes, para o presente estudo, as análises dos conteúdos inconscientes, especialmente aqueles subjacentes às queixas iniciais. Uma vez que, de forma bastante intensa e clara, tais conteúdos revelam a experiência arcaica vivida na relação entre a paciente e sua mãe, suscitados por ocasião da chegada da nova criança.

O quarto caso que elejo para ilustrar as questões decorrentes da relação mãe e filha, provém de Maria, que solicitou psicoterapia individual por sentir-se uma “má mãe”. Na sua primeira consulta, época que tinha 22 anos e sua filha 1 ano, Maria relatava não conseguir sentir amor por sua filha, sentia que odiava ser mãe e que, por conseqüência, sentia-se uma pessoa má, incapaz de sentir afeto. Este sentimento surgiu desde a gestação, mas tornara-se mais evidente um mês após o parto.

Maria, no início de sua terapia, passava pelo processo de afastamento do pai de sua filha devido sua própria vontade. Embora morasse e hoje ainda continue vivendo na mesma casa que sua mãe, Maria contava com quase nenhum apoio emocional. O único que se mostrava presente era o de sua irmã mais velha, que fora, justamente, quem indicou a terapia por pensar que sua irmã passava por uma depressão pós-parto. Esta hipótese devia-se ao fato de Maria, mesmo logo após o nascimento de sua filha, não se sentir feliz ou realizada com a maternidade.

Logo no início do processo terapêutico Maria dava indicações claras de que o conflito em relação à sua própria mãe dava origem, em grande medida, às sensações que agora experimentava. Importante sinalizar que só depois de mais de um ano de terapia que Maria começou a tomar consciência deste fato. Isto porque os conteúdos referentes a um período arcaico no contato materno era expresso por ela no corpo. Seu olhar quase nunca se fixava no meu, seu corpo aparentava uma inatividade, como que constituindo uma barreira que impedia Maria de expressar o que sentia. Ocorreria de sua boca, em mais de uma circunstância, ficar tão ferida que isto a impedia de comer, sentia dor de estômago além de ter episódio de desmaio. Quando perguntava a ela o que sentia o que passava por seu corpo era freqüente ela dizer que simplesmente não conseguia expressar em palavras. O silêncio tomava grande parte da sessão. O único sentimento de que falava referia-se ao ódio destruidor por sua mãe e que possuía seu corpo.

Em determinada circunstância, a angústia e o desespero de Maria tornaram-se tão intensos que esta relatou sua intenção de acabar com a própria vida. Dizia não ser possível que ela e sua mãe existissem no mundo ao mesmo tempo. Uma teria que morrer. Vale ressaltar que a paciente concebia esta “alternativa” ou “saída” para seu sofrimento ao imaginar a ingestão de veneno. Acredito ser de extrema importância também esta passagem, pois realça outra vez o corpo como lugar privilegiado, se não único, de expressão da insustentabilidade da experiência de maternagem introjetada por Maria. Digo único, pois estava evidente que o corpo era a única possibilidade de expressão por tratar-se de sensações primitivas que antecediam a capacidade simbólica. Maria, desta forma, revivia, no contato comigo, as interações arcaicas nas quais predominavam a distância e um afeto acentuadamente conflitivo.

Inicialmente, no processo terapêutico, tal impossibilidade vivencial de afeto produzia uma indiferença brutal. Maria dava sinais claros de uma atitude destrutiva comigo, destituindo qualquer expressão de empatia ou vulnerabilidade. Esta postura tinha caráter extremamente ameaçador e frio e aniquilador tanto em relação à sua mãe quanto à mim.

Ficou claro, desde muito cedo no trabalho terapêutico, que Maria não “consegua” sentir amor por sua filha e nem por si mesma ao desempenhar o papel materno, devido à profunda e destruidora ligação afetiva que ainda mantinha com sua mãe. Assim como sinalizei, uma ligação tão arcaica que antecedia a possibilidade de fala. Sendo assim, o processo concentrou-se justamente em encontrar um ambiente terapêutico que desse continência a todas estas sensações e que possibilitasse Maria a construir um sentido para o que vivia.

A situação que até agora descrevi, sofreu uma importante mudança quando Maria, que mantinha contato profissional com sua mãe, decidiu não mais mantê-lo. Embora este fato seja, aparentemente, apenas um movimento externo, ele só pode ser realizado após um longo trabalho de base. Ou seja, dois anos depois de iniciado sua terapia, este movimento de afastamento foi, claramente, acompanhado por um maior capacidade de individualização, por uma diferenciação interna. Isto pôde ser constatado claramente, pois rapidamente Maria voltou-se para sua filha, procurando outros caminhos de contato. De modo a tentar novas aproximações com a maternidade se comparada àquela que, até então, experienciava.

Vale deixar claro um importante aspecto para a compreensão desta experiência de Maria. Segundo ela e sua mãe, num determinado contexto em que pude atendê-la, a relação entre elas começou a tornar-se insuportavelmente tensa após Maria engravidar. Maria, ao menos inicialmente, atribuía à nova maternidade, sua infelicidade e mal estar.

5.2. Análise dos exemplos clínicos:

A partir destes quatro exemplos selecionados é possível apontar algumas importantes indicações sobre a experiência da maternidade, do ponto de vista da dinâmica psíquica materna, pré ou pós-natal.

Primeiramente destaco as dinâmicas dos afetos apresentadas pelas histórias destas mulheres que apreendo como vitais na configuração da experiência da maternidade. Penso que tais exemplos ilustram, de forma sucinta, cada um dos conceitos anteriormente estudados – a *regressão* em Freud, a *identificação projetiva* em Klein, a *preocupação materna primária* em Winnicott e *transparência psíquica* em Bydowski.

Seria oportuno começar a reflexão a respeito dos casos com as duas primeiras expressões indicadas na fala de Sabrina (sujeito do grupo A) em relação ao seu passado infantil: a expressão “como que por acaso” (ver página 84) e o termo “descoberta” (ver página 84). A forte expressão, “como que por acaso”, aponta para uma importantíssima característica: a de que a experiência afetiva no início da maternidade parece caracterizar-se por sua **espontaneidade**. Ou seja, esta não é intencionalmente produzida ou, tampouco, passível de ser reproduzida.

Esta característica pode ser facilmente observada na idéia de *transparência psíquica* uma vez que esta evoca um estado psíquico que se modifica logo nos primeiros dias após a concepção, mesmo antes da mulher saber de sua gravidez. Ou seja, trata-se de uma transformação que não pode ser realizada pelo esforço consciente, mas sim em decorrência de uma capacidade psíquica. Característica que também está mencionada na noção de *preocupação materna primária* em que Winnicott, literalmente, confere ser um estado que

somente um desenvolvimento psíquico normal pode garantir. Não se refere à algo que possa, nem ao menos deva, ser instruído por profissionais. Mais uma vez, trata-se de uma capacidade que ocorre de modo natural, espontâneo, que garante uma mudança na dinâmica psicológica em favor da saúde e do desenvolvimento.

Quanto aos outros casos clínicos, a espontaneidade está indicada em função de sensações que afloram imprevisivelmente num determinado momento. As sensações foram descritas, em todos os casos, como algo de difícil tradução e que não tem correspondência e nem pode ser justificado pelos acontecimentos externos. Ou seja, não fosse o fato da gestação ou puerpério, as mesmas situações externas que compuseram as cenas acima descritas, por exemplo, no caso A porta trancada, no caso B o desentendimento conjugal, no caso C uma desobediência do filho, não teriam o poder de gerar todas aquelas sensações. Muito embora os exemplos acima tragam palavras como, por exemplo, desamparo, essas mulheres falam sempre a respeito da dificuldade de se expressarem verbalmente suas vivências emocionais. O sentimento comum é de que as palavras nunca conseguiam esgotar, nem mesmo descrever satisfatoriamente suas experiências. Tal impossibilidade de simbolização acabava por provocar a intensificação de suas sensações levando-as para um forte estado de angústia. E este estado, por sua vez, levava-as à procura de um ambiente que oferecesse suporte e continência.

Esta característica, que é uma constante nos diálogos que tive com as gestantes e puérperas, logo direciona meu olhar para um momento arcaico, anterior à simbolização. Ou seja, para a época em que ainda eram bebês. De fato, essas mulheres relacionavam suas sensações, de alguma forma, à figura materna. Tanto as gestantes representadas pelos casos A e C como as puérperas, B e D, declararam a presença de sensações no corpo que eram inexplicáveis para aqueles que a acompanham, mas que para elas soavam familiar. Sendo

este “familiar” referido à figura da mãe. Sabrina, sujeito do exemplo A, no momento que sentiu “desamparo” frente à porta que não se abria, no mesmo instante, ligou aquela sensação à sua mãe que estava ausente. Assim como Cristiane, exemplo B, ao sentir tamanha aflição ao confrontar-se com o marido, acreditava convictamente que a única solução possível seria retornar para o lado se sua mãe, junto com a sua bebezinha; Ana, exemplo C, ao experimentar um estado emocional dilacerante descreveu sentir que uma ligação telefônica para a mãe poderia acalmá-la e Maria, exemplo D, que embora não afirmasse desejar aproximar-se de sua mãe, pelo contrário, afirmava constantemente o quanto era impossível tomar existência enquanto sua mãe também existisse, ainda assim associava, mesmo que de forma não consciente, seus conteúdos aflitivos à figura materna.

Ficou claro, contudo, que não se trata da mãe real, mas de uma mãe representada na tenra história destas gestantes e puérperas. Época em que elas sendo bebês, tomavam existência na interação com suas mães. Daí a importância da segunda expressão trazida por Sabrina, a de “descoberta” de algo familiar que remonta a seu passado infantil.

A partir desta característica, a espontaneidade de uma experiência que surge via sensações e que leva o sujeito a “redescobrir” os conteúdos antigos até então ignorados pela consciência, torna-se oportuno fazer uma referência ao que Freud denominou de *regressão*. Embora, como indicou Freud (capítulo 2), os três principais tipos de *regressão* – a *regressão topográfica*, a *regressão temporal* e a *regressão formal* – são diferenciados apenas por uma questão teórica, acredito ser oportuno demonstrá-las, neste instante, separadamente. Isto porque considero fundamental ressaltar as diversas organizações do mecanismo regressivo, quanto aos diferentes aspectos e níveis de expressão.

A questão primordial da *regressão topográfica*, primeiro tipo de *regressão* descrito por Freud, oferece a idéia básica para todos os outros tipos: a noção de **retorno**, de algo

que volta e se depara com o inconsciente. No caso da *regressão topográfica*, há uma espécie de recordação em imagens. Com a devida precaução, uma vez que esta *regressão* estava majoritariamente associada ao fenômeno onírico, ela também se encontra na base de outras experiências regressivas da vida desperta, por exemplo, a alucinação histérica, a paranóia e, em pessoas “normais”, relacionada a visões.

O que acredito poder ser um ponto de convergência com os relatos acima registrados e a *regressão topográfica* é que, as cenas descritas, formam uma espécie de remontagem de um determinado ambiente, na realidade presente, que reconstitui uma imagem inconsciente. Para os sujeitos dos casos A e C, ambas gestantes, está explícita a idéia de uma cena que se repete. A porta fechada, uma imagem, uma estimulação visual advinda pela percepção ricamente associada a certas sensações. Assim como a remontagem da cena da agressão física a um filho, batendo sua cabeça contra o chão. Assim sendo, existe nos relatos a idéia de um retorno associado a determinadas imagens relacionadas a cenas do passado infantil – no caso um passado associado à figura materna – provocador de uma reatualização de vivências que até então permaneciam inconscientes.

Dando continuidade à esta idéia de *regressão* via imagens do presente remetidas ao inconsciente, relembro, mais uma vez, que a *regressão* por imagens encontra-se associada a figura materna. Assim sendo, a *regressão*, retratada nas experiências de maternidade acima, aponta tanto para o retorno às cenas primitivas inconscientes como também aos objetos arcaicos. Esta característica, por sua vez, remonta a noção de *regressão temporal*. Ou seja, há um reinvestimento libidinal sobre o objeto primitivo, mãe, presente na atualidade como um eco muito claro das vivências infantis arcaicas sobre a nova maternagem.

Junto a esta reatualização do objeto de investimento infantil, ocorre paralelamente o retorno a um modo de satisfação infantil correspondente ao contato a relação mãe-bebê do passado. Este modo de satisfação tornou-se evidente no trabalho clínico, como exemplificado no caso de Maria e em outros contextos em que tive contato direto com gestantes e puérperas.

Para ilustrar melhor esta questão, retomo o atendimento que fiz à Maria. Por tratar-se de um processo psicoterápico, o modo de interação e de busca de satisfação estava evidenciado na relação transferencial. Maria, de forma bastante evidente, encontrava-se num estado bastante regredido, em que as palavras e as interpretações não ecoavam. Percebia que a paciente demandava outras formas e recursos para o estabelecimento de vínculo, semelhante ao estabelecimento do vínculo da mãe com seu bebê. Para isto era necessário que eu apreendesse onde ela estava nas suas sensações. Estas, por sua vez, estavam expressas na permissão/impedimento do contato pelo olhar, no silêncio, no tom de voz, no cheiro. Era imperiosa a manutenção do ritmo da fala, do silêncio, dos nossos encontros, do ambiente; inclusive da indispensável disponibilidade de água que a paciente sempre demandava ao final das sessões. Assim sendo, a satisfação de Maria não se apresentava marcadamente pelas palavras ou interpretações, não era isto que era demandado, mas sim a minha capacidade e disponibilidade de estar com ela por meio da presença do corpo, das sensações. Vale ressaltar o fato de que Maria, fora do ambiente terapêutico, tinha muitas amigas com quem conversava e se divertia. O estado em que eu a presenciava era particular, não sendo uma constante na vida da paciente

Outro fato, se pensarmos que o contato entre mãe e bebê está marcado fundamentalmente por um modo de satisfação oral, é que Maria ao longo da terapia queixou-se mais se uma vez de feridas na boca que a impediam de ingerir alimentos. A

marca da oralidade estava também presente de forma clara na necessidade de invariavelmente tomar água assim que terminava a sessão. Enfim, estes são mais alguns exemplos que trago a fim de ilustrar que o mecanismo regressivo comum durante a gestação se expressa também via formas mais arcaicas de obtenção de satisfação.

Para fechar esta idéia, acrescento uma recorrente queixa que recebi das mães com relação ao excesso de peso ganho durante a gestação e puerpério. Claro que toda a profunda mudança fisiológica, inerente ao processo de gestação, altera o metabolismo nesta época; contudo, recorrentemente, percebia que algumas mães tinham um desejo acentuado pela ingestão de certos alimentos. Sabrina relatou em certa ocasião que obtivera, durante o início da gestação, um exagerado ganho de peso e que este se devia a sua ânsia por alimentos doces. Importante ressaltar é que os doces consumidos eram aqueles associados à infância.

Retornando à questão relativa à *regressão temporal*, quanto ao retorno a uma forma mais primitiva da satisfação exemplificada no caso de Maria em relação à insuficiência das palavras em dar significação à experiência, acredito ser também este um bom exemplo para o último modo de *regressão* detalhado por Freud: a *regressão formal*. Este modo de *regressão* teria como pressuposto a idéia de “evolução” da capacidade cognitiva, na qual o pensamento progride inicialmente, de uma estrutura mais simples, para uma estrutura mais complexa. Sendo a atividade regressiva vinculada ao retorno para um modo menos complexo de estrutura e funcionamento da mente. Ora, se, assim como afirmou Freud, nossos pensamentos originalmente surgem de impressões de sentidos ligadas a certas imagens que mais tarde ligaram-se às palavras, formando os pensamentos, é plausível considerar a existência de uma espécie de expressão regredida recorrente nestes primeiros momentos da maternidade. Podendo ser evidenciado nos relatos de mães sobre a marcante

dificuldade que sentem em compreender e comunicar aos outros sensações que vivenciam em seus corpos.

Após pontuar cada uma das diferentes formas de expressão de *regressão* a partir dos casos clínicos, é oportuno citar novamente a conclusão de Freud de que todos os tipos de *regressão* são, no fundo, apenas um. Em regra todos ocorrem simultaneamente porque o que é mais antigo no tempo é o mais antigo na forma e, quanto a topografia psíquica, fica mais próximo da extremidade perceptiva (Freud, 1900-1901, p.584).

Toda a análise que realizei, de modo a demonstrar que a *regressão* está na base da vivência psíquica materna por ocasião de uma nova maternidade, tem também como objetivo ressaltar o aspecto saudável desta experiência. Embora a *regressão* tenha sido útil para explicar determinadas dinâmicas psicopatológicas decorrentes de fixações ao longo do desenvolvimento sexual, é necessária a compreensão de que este mecanismo existe para além disso, refere-se sobretudo a uma capacidade psíquica. Ou seja, no contexto da maternidade, a *regressão* pode ser vista como um fenômeno psíquico promotor de saúde. Vale ressaltar que a normalidade depende tanto da capacidade de regredir quanto a de desfazer a *regressão*, de modo a restabelecer a sexualidade adulta.

Isto lembra o que Winnicott tratou ao falar de *preocupação materna primária*. Sendo esta representativa de um estado psicológico em que a nova mãe investe quase que completamente seu afeto e dedicação para o bebê, o autor afirma que esta capacidade de entrega e “preocupação” materna necessita, ao longo dos meses, ser desfeita. Uma maternidade saudável terá êxito se a mãe puder entrar e sair de um estado que, não houvesse a gestação e o nascimento de um bebê, seria patológico. Sobrepuos estes dois conceitos, pois acredito ser plausível pensar que o mecanismo necessário para a realização desta “tarefa” materna, descrita por Winnicott, é justamente a *regressão*. A partir do olhar

sobre o intrapsíquico realizado por Freud aplicado à dinâmica entre mãe e bebê, Winnicott, de forma bastante clara, afirmou que, para que a mulher consiga, o mais completamente possível, unir-se a um bebê de modo a reconhecer e satisfazer suas necessidades, ela mesma deve “relembrar” sua experiência como bebê. Isto confere a possibilidade de identificar-se com o bebê, podendo estabelecer com este uma comunicação primordial por meio de sensações, antecedente às palavras.

Quanto a essa capacidade especial de preocupar-se com o bebê, esta pode ser verificada nos casos acima descritos ao longo da gestação. A exemplo do caso de Sabrina, uma vez que a paciente retornou sua atenção para as primeiras sensações experimentadas na sua primitiva história infantil, de modo a “procurar” as bases, em seu próprio corpo, que lhe conferem a possibilidade de identificar-se com a criança que dará a luz.

Cristiane também apresentou esta fina capacidade de adaptar-se às necessidades de sua filha. Sua capacidade para com a criança era particularmente admirada pelas outras mães que a acompanhavam no grupo B. No entanto, assim como especificou Winnicott, ao descrever a *preocupação materna primária*, uma maternidade saudável terá êxito se a mãe puder entrar e sair de um estado que, não houvesse a gestação e o nascimento de um bebê, poderia ser considerado patológico. Cristiane demonstrava certa dificuldade de desfazer-se deste estado, de modo que tendia a manifestar uma certa fixação no lugar infantil em relação à sua própria mãe. Tal dificuldade encontrava expressão também numa certa impossibilidade de sentir-se “completa”, satisfeita, na própria família nuclear.

Resumidamente e, assim como estão exemplificados nos casos, a existência da maternidade atual parece estar necessariamente associada aos conteúdos primitivos relativos à mãe e ao bebê do passado. As antigas vivências, agora retomadas no presente, aparecem desprovidas de palavras. Apenas, assim como o vimos em todos os casos, torna-

se perceptível a procura desta mãe internalizada. Por vezes, a nova mãe depara-se com uma mãe internalizada que representa o acolhimento e o amparo e outras vezes, assim como no caso de Maria (exemplo D), que presentifica o desamparo junto ao temor frente a um objeto ameaçador e persecutório.

Abordo agora outro mecanismo além da *regressão* e da *preocupação materna primária*, o qual Klein denominou por *identificação projetiva*. Conceito que permite pensar na idéia de *transparência psíquica* quanto à particularidade da relação mãe e filha; já que essa idéia, por sua vez, engloba todas as demais noções acima citadas de retorno ao inconsciente e ao passado infantil na particularidade do processo gestacional ao pós-parto. Isto por que, como pode ser notado nos casos descritos, torna-se clara a revivência do passado na atualidade de forma a apaziguar os estados indizíveis e “desintegradores” pelos quais a nova mãe, identificada com seu bebê, experiencia. Assim, o conceito de *identificação projetiva* é vital para a análise aqui realizada por tratar-se, exatamente, de um recurso bastante primitivo do ego, inserido na confluência dos desejos orais.

Esse conceito descreve uma forma específica de identificação que se realiza através da *projeção* de determinadas partes do ego para o objeto, sendo esta relação entre sujeito-objeto referidos ao contato do bebê com o seio. O que percebo é que o desafio da maternidade, em especial, em seus primórdios, reavivem os conteúdos aflitivos ligados a esta primeira interação entre o bebê e sua mãe, representada pelo seio. Assim sendo, a tarefa que se segue é a de reatualizar esta experiência de modo a fornecer um recurso satisfatório para o sucesso da maternagem atual.

Ou seja, no momento em que torna-se mãe e torna-se filha, e juntamente com esta dinâmica há a necessidade de “achar”, internamente, os conteúdos vivenciados na maternagem do passado. E aí jaz o perigo caso a mãe traga consigo um objeto materno

demasiadamente dissociado, clivado, mau e persecutório, de modo a transformar ela mesma em um sujeito destruidor e ameaçador para seu bebê. Todo o grande potencial favorável da experiência de maternidade pode tornar-se também perigosamente desestruturante e ameaçador. Isto porque, no que tange a idéia de *identificação projetiva*, o objeto internalizado materno apresentado como mau, não fica diferenciado do ego, pelo contrário, carrega consigo uma parte deste. Daí o perigo de destruir-se frente à angústia e repulsa do objeto mau.

Essa idéia pode ser explicada, por exemplo, no caso de Maria (grupo D). Esta paciente demonstra uma internalização de um objeto materno demasiadamente doloroso. E a representação aparentemente “cristalizada” deste objeto como destruidor torna muito mais dificultosa qualquer elaboração, sob a pena de se perder a capacidade de, hoje, maternar uma criança. Frente a uma *identificação projetiva* que torna o ego comprometido com o objeto amoroso, temos a fala de Maria de que queria sua mãe o mais distante possível de si por tratar-se de uma mãe frustradora e destruidora, ao mesmo tempo em que “repetia” esta lacuna e frustração no contato com sua bebê.

A *identificação projetiva* por sua vez, ocorre também em situações contrárias. Em que partes boas do ego são depositadas no objeto. No caso de Cristiane, o que chamava atenção em sua narrativa era o lugar idealizado em que mantinha a imagem de sua mãe. O que provocava uma maior dificuldade em manter-se distante dela, ao lado do marido. Sua felicidade parecia depender da necessidade de manter-se “colada” na própria mãe. Como a mãe, parecia de fato acolher Cristiane, frente a um sinal mais intenso de frustração, no caso da vida conjugal, ela logo retornava sua afetividade para o colo materno. Dificultando o corte do lugar infantil para assumir as exigências da vida adulta. Este último caso me

parece ser mais difícil de ser captado, uma vez que aparentemente há a tendência em se acreditar estar frente a uma mãe perfeita.

Mesmo nestes casos, no entanto, o que parece ser mais próximo do real é a presença de sentimentos extremamente ambivalentes ligados à figura materna. Penso que ambigüidade, por fim, é vital para a elaboração e constituição de uma nova experiência de maternidade possa ser alcançada.

Ao meu ver, a importância de todo este processo emocional, presente na gestação e no puerpério, se deve à oportunidade particularmente fecunda e intensa que abre a possibilidade para uma reorganização e “resolução” dos conteúdos primitivos aflitivos inconscientes. Este processo de forma alguma parece ser fácil ou sem maiores conseqüência, pois, assim como alertou Klein, parece que a cada possibilidade de integração dos objetos internos e externos, amados e odiados, reais e imaginários, de modo a constituir um sujeito mais completo e saudável segue-se uma renovada divisão das imagos. Também do próprio ego. E o risco jaz na possibilidade de dissociação ou de enfraquecimento do ego. Por outro lado, a autora ressaltou que, à medida que aumenta a adaptabilidade ao mundo externo, esta divisão é realizada sobre planos que, gradualmente, aproximam-se cada vez mais da realidade. “Então a ambivalência, que é, em parte, uma salvaguarda contra o próprio ódio encontra os objetos terríficos e odiados, diminuirá de novo, em diversos graus, durante o desenvolvimento normal.” (Klein, 1934, p.387-388).

Assim sendo acredito que todo o processo regressivo necessário e a conseqüente modificação da dinâmica afetiva, abre uma oportunidade única para a nova mãe em tornar o objeto materno, interno e externo, e o bebê do passado mais completo, inteiro, promovendo uma nova maternagem vivida o mais conectadamente possível à atualidade, mais real e menos fantasística. Assim como assegurou Klein, esta aproximação faz com que o amor

pelos objetos reais e pelos objetos interiorizados, e a confiança neles esteja bem estabelecida. “Eu afirmo que a boa relação com toda a gente depende do êxito conseguido na luta contra o caos interior (oposição depressiva) e do estabelecimento dos “bons” objetos internos.” (Klein, 1940, p. 396).

Por fim, vale lembrar a importante ressalva feita por Winnicott sobre a importância de haver às mães, uma condição ambiental que as permita “preocupar-se” com os seus bebês. Ou seja, de regredirem e retornarem à condição psíquica anterior à gestação. Para isto é necessário que a jovem mãe possa contar com um ambiente que, ao menos, não suscite maiores conflitos. Pois, de modo geral, a partir das observações clínicas de Winnicott, a mãe comum demonstra a capacidade psíquica de realizar essa tarefa tão rica e complexa.

Por outro lado, percebo que, ao menos nos casos mais conflitivos, tal transformação afetiva materna demanda a presença de um ambiente que ofereça suporte psicológico e a continência necessária para a revivência e organização das sensações que espontaneamente emergem. Assim como nos relata Sabrina, Ana, Cristiane e Maria, a busca de apoios nos vínculos afetivos, em especial à mãe, é evocada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisitar os conceitos clássicos que dão suporte à clínica da maternidade, a partir do conceito atual de *Transparência Psíquica*, percebo a relevância e a necessidade de procurar novos olhares sobre um tema ainda pouco tratado pela psicanálise, a saber: as sensações, as imagens e outras formas de conteúdos psíquicos provenientes de um passado infantil que são, mais uma vez, vivenciados no corpo da jovem mãe. Tomando como referência a própria clínica no contexto da nova maternidade noto que, mais particularmente, nesta revivência de conteúdos primitivos encontram-se privilegiados aqueles pertencentes à relação arcaica entre mãe e filha.

O tema que neste trabalho exploro, o afloramento de conteúdos inconscientes relativos não só ao objeto interno bebê do passado, mas também ao objeto materno a partir do qual o primeiro ganha existência, não está distante daquilo que Bydlowski chamou de *transparência psíquica*. Pelo contrário, este conceito traz uma valiosa contribuição para a visibilidade desta temática sobre relação entre mãe e filha no contexto gestacional. No entanto, o estudo de Bydlowski privilegia, igualmente, também os outros conteúdos infantis, que não se referem necessariamente ao período anterior à simbolização. Assim sendo, meu interesse clínico, foi justamente o de, mais profundamente, estudar qual a

relevância das vivências relativas a um momento arcaico, anterior à simbolização, que retornam e se manifestam na constituição da nova gestação e no processo de maturação psíquica materna.

A nova gestação, particularmente em sua primeira vivência, coloca o desafio de uma iminente mudança de posição geracional. Mesmo em gestações posteriores, este reposicionamento geracional, que implica na tarefa da mãe em desligar-se gradualmente do lugar de filha para que possa assumir o papel materno, é outra vez reeditado. Neste sentido, segue-se, uma vez mais, um processo de reorganização do que pertence ao passado infantil no novo contexto de vida. Quanto a este ponto existem tanto, por um lado a transformação na estrutura, inclusive social, da relação entre mãe e filha, como também o fomento do processo regressivo da gestante suscitado pela vinda de um bebê, através do qual ela procurará em sua própria história de vida as bases para a nova experiência de maternagem. Ou seja, o reposicionamento na hierarquia de papéis familiares produz, simultaneamente, a exigência de uma nova reorganização psicológica que se encontra fundamentada, assim como constatei na clínica, especialmente na relação primeira entre mãe e filha.

É de vital importância, desta forma, perceber que a maternidade não se processa na concretude de uma mãe frente ao seu bebê, tampouco na interação habitual entre ela e sua própria mãe. O que se mostra mais real, se ouvirmos as novas mães, é a presentificação de vivências históricas delas como bebês ao lado de suas mães. Desta forma, o bebê que agora nasce é constituído a partir das representações infantis inconscientes da mulher que gera e cuida. E esta, por sua vez, encontra também em seu passado infantil os fundamentos necessários para a constituição do papel de mãe.

A partir desta constatação torna-se imprescindível a idéia de que as transformações psíquicas provocadas pela gestação configuram-se, realmente, com um movimento psíquico

normal e promotor de saúde. Este ponto torna-se relevante uma vez que, não raramente, a patologização esteve pressuposta ao estado psíquico da gestante, em função de seu caráter regressivo; visto que o conceito de *regressão* em Freud serviu também para descrição de processos alucinatorios e delirantes, característicos da psicose. Por outro lado, o próprio autor considerou e extensamente descreveu a regressão aplicada à compreensão de eventos ordinários, especialmente na descrição dos sonhos. Desta forma, o acesso facilitado às recordações infantis no período gestacional por meio do mecanismo regressivo, assim como esta dissertação demonstra, resulta num movimento de relevância ímpar tanto para a assertividade materna quanto às necessidades e demandas do bebê como também para a maturação psicológica da mulher.

Dentre os conceitos clássicos que analisei neste trabalho - *regressão* em Freud, *preocupação materna primária* em Winnicott e *identificação projetiva* em Klein - ficou claro que a noção de *regressão* fornece a base para todo o desenrolar de todos os processos de transformação psíquica da gestante. De fato, embora este conceito não esteja explicitamente citado na construção da idéia de *transparência psíquica* descrita por Bydlowski, ela está inerente à toda conjuntura clínica que produz um novo tipo de expressão da afetividade e que, conseqüentemente, implica numa escuta diferenciada da mãe no período da gestação.

A noção de *identificação projetiva*, que confere a especificidade de meu olhar para a experiência de *transparência psíquica* materna, demonstra que o retorno aos conteúdos arcaicos, dela como bebê em relação à própria mãe, pressupõe a reatualização dos mecanismos defensivos que intermediaram a relação com o primeiro objeto, o seio.

A importância desta reatualização deve-se à dois sentidos. O primeiro quanto a possibilidade da jovem mãe em procurar outras resoluções mais satisfatórias para

conteúdos conflitivos que permaneceram, até então, inconscientes provenientes da capacidade de regredir. Especialmente para o reordenamento dos conteúdos arcaicos presentificados pela jovem mãe de modo que ela efetue uma melhor identificação com o objeto materno bom. Mais real, menos idealizado ou persecutório e, conseqüentemente, a fim de possibilitar a construção do papel materno. Segundo, pois, assim como os casos mostraram, é justamente a possibilidade de efetuar-se uma melhor organização de conteúdos conflitivos que permite à jovem mãe sair do estado de *preocupação materna primária*. Uma vez que a entrada neste estado deve-se à capacidade de *regressão* e a saída parece decorrer do sucesso na reorganização da identidade, do ego, em relação às sensações e representações primitivas.

Assim como aparece de forma clara nos exemplos clínicos deste trabalho, todos estes processos de transformação psíquica evocados pelos conteúdos da relação mãe e filha primitiva aparecem de forma ambígua. Em alguns casos mais explicitamente, em outros de forma sutil. Num momento, a jovem mãe expressa momentos de intensa demanda do suporte materno, mesmo quando esta demanda é feita a outras pessoas que representem o lugar materno; num outro momento demonstra na necessidade de desligamento desta relação com a figura materna.

Este movimento ambivalente é a marca de uma procura, fundamental, da gestante ou puerpera na constituição de uma maneira, a mais autêntica possível, de sentir-se mãe. Esta intenção de aproximação e distanciamento cria um espaço interno onde as sensações provenientes de uma relação primitiva marcadamente intensa possam ser reorganizados. Neste contexto, a maternidade demonstra a passagem de posições diferentes; de cuidador para cuidada, da filiação à maternidade. Por meio da observação clínica, percebi que a

necessidade de afastamento e de um certo “desligamento” da mãe eram comuns em algum momento da gestação ou pós-parto.

Quanto a este ponto penso ser importante fazer algumas observações quanto à especificidade da clínica da maternidade. Meu interesse por uma temática tão específica surgiu justamente pela constatação daquilo que tinha de realmente surpreendente e intenso na experiência afetiva das mulheres durante o início da maternidade, derivavam de sensações marcadas pela impossibilidade de serem apreendidas em palavras. Muito embora a consciência não esteja excluída no mecanismo regressivo (ver página 33), assim como afirmou Freud, de modo a favorecer a entrada do texto e da organização simbólica; o que se mostra mais impactante nesta clínica é a intensidade e a espontaneidade pela qual sentimentos e sensações, aparentemente estranhas, mas que, no entanto, evocam grande familiaridade, advém.

Tal característica da clínica da maternidade faz com que esta se concentre na tarefa de ser um ambiente receptivo às sensações inomináveis da gestante. Possivelmente, de modo diferenciado a clínica psicanalítica clássica, visto que esta última sugere lugar privilegiado à expressão e organização verbal/simbólica dos conteúdos psíquicos. Aqui, as palavras demonstram, contrariamente, serem insuficientes na organização das sensações que antecedem a possibilidade de simbolização. Tornando-se, portanto, necessário que esta clínica se configure como um ambiente de suporte e de continência de sensações, de modo que estas possam ser vividas e, pouco a pouco, possam acomodar-se no corpo da mulher, resultando na diminuição da angústia e promovendo a saúde psíquica.

Resumindo, a gestação se coloca no paradoxo entre a iminente ascensão da mulher ao papel de mãe e o contato desta com a posição de filha. No momento que se torna mãe revive-se a tenra infância. Tal vivência tem como fundo reedições de sensações arcaicas

que levam, por conseqüência, a jovem mãe a estabelecer, intensamente, uma relação entre a gestação atual e as lembranças de seu passado.

A experiência da gestação pensada a partir do conceito de *transparência psíquica* propicia a compreensão da maternidade como um fenômeno que se constitui no diálogo entre o passado e o presente, entre o percurso histórico que constituiu e marcou a relação de afeto entre mãe e filha e a apresentação deste percurso afetivo no momento atual de maternidade da filha como futura mãe. A gravidez assume papel de destaque uma vez que sua vivência tem grande potencial transformador na vida da mulher. A criança traz à mãe o contato não só com a experiência de ser mãe, mas também desperta nela sua experiência enquanto sujeito.

O trabalho clínico adquire papel fundamental na medida em que pode oferecer um espaço de livre expressão, facilitando o processo de organização afetiva da jovem mãe. Este espaço torna-se vital especialmente em casos que a gestação surge como momento de extrema angústia e/ou de risco de fixação num modo regressivo da dinâmica afetiva. Vale lembrar, assim como assinala Winnicott, que a nova condição psíquica da mãe, de modo geral, deve ser compreendida como um fenômeno natural, da *mãe comum*, e que, por si mesmo, se desenvolve. Sendo, portanto, imprescindível que a clínica se configure menos como prática interventiva e mais como ambiente de continência.

De modo similar, estas considerações poderiam ser ampliadas para abarcar não apenas o consultório psicanalítico tradicional, mas também formas de intervenção clínica em contextos mais propriamente sociais. Há necessidade que as políticas públicas referentes à saúde da mulher, em particular no contexto de gestação, parto e pós-parto, integrassem também, nos hospitais materno-infantis, trabalho preventivo que levasse em consideração estas alterações normais no psiquismo feminino, uma vez que se refletem,

como demonstram os estudos de Szejer (2002), nas próprias condições físicas da gestação, no parto, na amamentação, área de interesse prioritário da medicina. Deste modo, seria possível retirar as gestantes de uma posição tantas vezes infantilizada ou patologizada. Portanto, a exemplo do itinerário clínico de Bydłowki, seria relevante o desenvolvimento de trabalhos multidisciplinares que pudessem integrar os conhecimentos da psicanálise ao atendimento de gestantes, reconhecendo-as como sujeitos de sua experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAM, Jan. (1996). Preocupação materna primária. In: A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 183-186.
- ABRAM, Jan. (1996). Preocupação. In: A Linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 173.
- BARANGER, W. (1981). Processos defensivos na obra de Melanie Klein. In: Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein. Tradução Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- BERLINK, M. (1993). A Psicanálise em curso de ciências sociais. In: Psicanálise da Vida Cotidiana. São Paulo: Escuta.
- BREUER, J. (1893-1895). Considerações teóricas. Estudos sobre a Histeria. In: BREUER, J.; FREUD, S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 02, p.207-213.
- BYDLOWSKI, B. (1997). Transparence psychique due à la grossesse. Attraction par l'objet interne. In: La Dette de Vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: Puf, 2002, 4 ed, p. 91-103.
- BYDLOWSKI, B. (2001). O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e

- representação do objeto interno. In: Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 Anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E., 2002, p. 205-214.
- FREUD, S. (1950[1895]). Projeto para uma Psicologia Científica. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 01, p.446-452.
- FREUD, S. (1950[1895]). Apêndice A: O uso de Freud do conceito de regressão. Projeto para uma Psicologia Científica In: FREUD, S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 01, p.453-456.
- FREUD, S. (1900). Regressão. A Interpretação dos Sonhos In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 05, p.569-585.
- FREUD, S. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicologia Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 07, p. 55 a 56.
- FREUD, S. (1905). A sexualidade infantil. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 07, p 186-188.
- FREUD, S. (1905). As transformações da puberdade. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 07, p. 215 e 216.

- FREUD, S. (1905). Resumo. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 07, p. 218-229
- FREUD, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranóides). In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 12, p.67-75.
- FREUD, S. (1926 [1915]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 20, p.158 a 159.
- FREUD, S. (1917 [1916-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 16, p. 345 a 346.
- FREUD, S. (1916 [1915-1916]). Conferência X: Simbolismo nos sonhos. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 15, p.181.
- FREUD, S. (1916 [1915-1916]). Conferência XI: A elaboração onírica. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 15, p.215-216.
- FREUD, S. (1916 [1915-1916]). Conferência XIII: Aspectos arcaicos e infantilismo dos sonhos. Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de

- Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 15, p.239-254.
- FREUD, S. (1895). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess, rascunho H: Paranóia. In: Edição Standart Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 1, Página 283-291.
- FREUD, S. (1817[1915]). Luto e melancolia. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Tradução sob direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. 14, página 249 a 263.
- HANNS, L. (1996). Defesa: abwehr. In: Dicionário Comentado do Alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, página 121.
- KLEIN, M. (1934). O desenvolvimento inicial da consciência da criança. In: Contribuições à Psicanálise. Tradução Miguel Maillat. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1981. Cap. 16, página 363.
- KLEIN, M. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivo. In: Amor, Culpa e Reparação e Outros Trabalhos (1921-1945). Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Cap. 17, página 304-329.
- KLEIN, M. (1936). O desmame. In: Amor, Culpa e Reparação e Outros Trabalhos (1921-1945). Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Cap. 18, página 331-332.
- KLEIN, M. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: Amor, Culpa e Reparação e Outros Trabalhos (1921-1945). Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Cap. 20 página 387-415.
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963). Coordenação de tradução Liana P. Chaves.

- Rio de Janeiro: Imago, 1991. Cap. 1, página 20-43.
- KLEIN, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963). Coordenação de tradução Liana P. Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1991. Cap. 6, página 93.
- KLEIN, M. (1955). Sobre a identificação. In: Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963). Coordenação de tradução Liana P. Chaves Rio de Janeiro: Imago, 1991. Cap. 9, página, 170 - 204.
- KLEIN, M. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. Cap. 12, página, 281-297.
- KLEIN, M. (1934). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: Contribuições à Psicanálise. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981. Capítulo 16, página 355-389.
- LAPLANCHE & PONTALIS (1987). Fixação. In: Vocabulário da Psicanálise. Direção Geral Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, , p.190.
- LAPLANCHE & PONTALIS (1987). Regressão. In: Vocabulário da Psicanálise. Direção Geral Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, , p. 440-443.
- LAPLANCHE & PONTALIS (1987). Introjeção. In: Vocabulário da Psicanálise. Direção Geral Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 248-249.
- LAPLANCHE & PONTALIS (1987). Projeção. In: Vocabulário da Psicanálise. Direção Geral Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 373-380.

- NEWMAN, A. (1995). Preocupação materna primária. In: As Idéias de D. W. Winnicott: um guia. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2003, p. 340.
- SEGAL, H. (1973). Introdução à Obra de Melanie Klein. Tradução Júlio Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- SZEJER, M. (2001). Uma Abordagem Psicanalítica da Gravidez e do Nascimento. In: Novos Olhares sobre a Gestação e a Criança até os 3 Anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E., 2002, p. 188-204.
- WINNICOTT, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In: Os Beb s e suas Mães. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 1-11.
- WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: Da Pediatria   Psicanálise: obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 400-403
- WINNICOTT, D. W. (1958). Da Pediatria   Psicanálise: obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. (1971). Objetos Transicionais e fen menos transicionais. In: O Brincar e a Realidade. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 24-25
- WINNICOTT, D. W. (1954-5). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: Da Pediatria   Psicanálise: obras escolhidas. Tradução Davy Bolomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, página 358 a 359.
- WINNICOTT, D. W. (1960). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: A Família e o Desenvolvimento Individual. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 21-23.

