

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

**Maternidade e trauma:
da loucura materna ordinária à extraordinária**

Diana Borschiver Adesse

2019



UFRJ

**Maternidade e trauma:
da loucura materna ordinária à extraordinária**

Diana Borschiver Adesse

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria psicanalítica.

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Rio de Janeiro

Agosto 2019

**Maternidade e trauma:
da loucura materna ordinária à extraordinária**

Diana Borschiver Adesse

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Profª. Dra. Marta Rezende Cardoso

Profª. Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo

Profª. Dra. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig

Profª. Dra. Ana Lila Lejarraga

Profª. Dra. Regina Herzog de Oliveira

Rio de Janeiro

Agosto/2019

Adesse, Diana Borschiver.

Maternidade e trauma: da loucura materna ordinária à extraordinária
/Diana Borschiver Adesse. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2019.

103 f.; 29,7 cm.

Orientadora: Marta Rezende Cardoso. Tese (Doutorado) – UFRJ/IP/
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2017.

Referências Bibliográficas: f. 100-103.

I. Materno. 2. Trauma. 3. Separação. 4. Psicanálise. 5. Tese
(Doutorado). I. Cardoso, Marta Rezende. II. Universidade Federal
do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-
graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus filhos, Gabriel e Beni, por tanto que me ensinaram e me transformaram, fazendo-me perceber que a vida é incontrolável mas cabe a nós dar o nosso próprio sentido para as nossas experiências. Eles me mostraram que era possível ser mãe, trabalhar, e ao mesmo tempo escrever uma tese de doutorado. E são eles, sem dúvida, minha maior inspiração para a conclusão deste trabalho!

Ao Daniel, meu amor, que em nenhum momento me deixou desistir, mas soube reconhecer meus medos, minhas angústias e me dar todo o suporte para que eu tivesse força e energia para chegar até aqui. Muito obrigada por me completar, ser meu companheiro e por me apoiar sempre.

À minha mãe Suzana, que sempre me inspirou com sua carreira acadêmica e que me ensinou que nada vem sem esforço, mas que o estudo e a perseverança nos trazem um sentimento de realização que não tem preço. Obrigada pelo exemplo de profissional, mãe e avó que você é para mim.

Ao meu pai Leo, com quem eu sei que posso contar a qualquer hora do dia ou da noite, que faz tudo para me ver feliz e me ajudar a realizar meus sonhos.

Ao meu irmão Felipe, por dividir comigo momentos e recordações da vida toda e por me fazer entender que, apesar das diferenças, nos ancoramos sobre uma mesma base que nos une e nos fortalece.

À minha avó Marietta, por me admirar tanto e me entender só pelo olhar.

Ao meu avô Nahum, por ter me dado de presente no primeiro ano da faculdade a coleção completa das obras de Freud, sempre me incentivando a me interessar e estudar psicanálise.

Aos meus avós Mira e Gabriel que, mesmo não estando presentes durante o processo desta tese, fazem parte da minha história e da minha vontade de transmitir conhecimento.

À minha sogra Leila por estar sempre presente, me apoiando e dando suporte.

A todos os meus amigos que me apoiaram e acompanharam este longo e difícil processo do Doutorado. Em especial, à minha amiga Alice, confidente e companheira de toda a vida, com quem pude compartilhar todas as incertezas e gratificações da escolha pela vida acadêmica.

Ao André, amigo e companheiro de trabalho! Muito obrigada pelos inúmeros encontros, pela paciência, pela dedicação, por ter ficado ao meu lado, por ter me mostrado que era sim possível, e me ajudado a chegar até aqui.

À minha querida professora Marta Rezende Cardoso pela incansável dedicação a mim e à minha pesquisa, por ser para mim um exemplo de profissionalismo, comprometimento e amizade ao longo desses 10 anos em que convivemos. Muito obrigada pelos “puxões de orelha”, por entender minhas dificuldades e comemorar minhas vitórias e por não me deixar desistir em momento algum!

Ao Pedro Henrique Bernardes Rondon, pela rápida e cuidadosa revisão deste trabalho.

À CAPES pelo financiamento desta pesquisa.

Ao programa de Teoria Psicanalítica da UFRJ por ter acolhido a minha pesquisa.

Dedicatória

A todas as mães que, assim como eu, se dividem entre trabalho, estudo, vida social, marido, filhos e pais, lutando sempre para dar o melhor de si. A todas as mães que têm a difícil tarefa de dar a vida, cuidar e depois se separar de seus filhos, buscando não se perder na loucura da maternidade.

Resumo

Maternidade e trauma: da loucura materna ordinária à extraordinária

Diana Borschiver Adesse

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

O objetivo desta pesquisa é investigar os fundamentos e destinos da experiência subjetiva da maternidade. Buscamos explorar os elementos do trabalho psíquico que estariam em jogo na constituição da função materna na mulher quando confrontada com essa experiência. Mostramos que a vivência do materno tem caráter inescapavelmente traumático nos interrogando sobre a singularidade dos abalos e rupturas que têm lugar no psiquismo da mulher na situação da maternidade. O ego tentará dar conta do excesso pulsional aí envolvido por meio da utilização de mecanismos defensivos mais ou menos elaborados.

Na tese é analisada a noção de “loucura materna ordinária” concernente à referida base traumática, digamos, normal na situação subjetiva da maternidade a qual julgamos fronteira, incidente, em particular, nas relações eu/corpo e eu/outro. São igualmente exploradas algumas figuras clínicas do que se pode considerar em termos de “loucura materna extraordinária”, situações de natureza patológica, marcadas, em grande parte, por especial dificuldade desses sujeitos na esfera da experiência de separação.

Palavras-chaves: Materno – Trauma – Separação – Psicanálise – Tese (Doutorado).

Rio de Janeiro

Agosto/2019

Abstract

Motherhood and trauma: from the common maternal madness to the extraordinary one

Diana Borschiver Adesse

Tutor: Marta Rezende Cardoso

Abstract of the Thesis presented to the Post-graduation Programme of Psychoanalytic Theory, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, as a part of the requisite for obtaining the Doctor's Degree in Psychoanalytical Theory.

ABSTRACT

The aim of this research is to investigate the foundations and destinies of the subjective experience of motherhood. We seek to investigate the elements of the psychic work that would be at play in the constitution of the maternal function in women when confronted with this experience. We show that the mother's experience has an inescapable traumatic character, that interrogates us about the singularity of the shakes and disruptions that take place in the woman's psyche in the situation of motherhood. The Ego will attempt to account for the drive excess involved therein by using more or less elaborate defense mechanisms.

In the thesis the notion of “common maternal madness” concerning the aforesaid traumatic base, say, normal in the subjective situation of motherhood – which we judge borderline – that, in particular, fall upon the relations Ego / body and Ego / other, is analyzed. Some clinical pictures of what may be considered in terms of “extraordinary maternal madness” are also investigated, situations of a pathological nature, marked to a large extent by the special difficulty of these subjects in the sphere of the experience of separation.

Keywords: Maternal – Separation – Trauma – Psychoanalysis – Thesis (Doctor's grade).

Rio de Janeiro

Agosto/2019

Sumário

INTRODUÇÃO	13
I – A DIMENSÃO DO MATERNO NOS FUNDAMENTOS DA VIDA PSÍQUICA .	18
I.1 – Narcisismo, feminilidade e Édipo: suas implicações no “materno”	19
I.2 – O materno primário	24
I.3 – O papel sedutor da mãe	28
I.4 – Adolescência: o encontro com a potencialidade da maternidade	30
I.5 – Luto e separação: paradigmas da maternidade	34
II – O TRAUMÁTICO CONSTITUTIVO DA MATERNIDADE: UMA QUESTÃO DE FRONTEIRAS?	38
II.1 – Trauma e alteridade	38
II.2 – Nas fronteiras da psicopatologia: a “loucura materna ordinária”	41
II.3 – Fronteiras entre gerações: a transmissão psíquica	48
II.4 – O rebaixamento das fronteiras internas: a transparência psíquica	52
II.5 – Fronteiras entre o eu e o corpo	55
II.6 – Fronteiras entre o eu e o objeto externo: o terror da dependência	63
III – A LOUCURA MATERNA “EXTRAORDINÁRIA”	66
III.1 – De uma questão de fronteiras a uma patologia fronteira	66
III.2 – Um tempo suspenso na maternidade	69
III.3 – A maternidade no campo do extremo	74
III.4 – Psicopatologia da maternidade: entre o “demais” e o “muito pouco”	77
III.5 – Impossibilidade de separação: a confluência dos registros arcaico, primário e edípico no extremo da maternidade	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

*Mots de haine ou mots d'amour, les folies minuscules font flèche de tout bois:
"Tu es celui que j'ai le plus désiré", "mon enfant est tout pour moi" ...
Enceinte, accouchée, tout absorbée par le souci du nourrisson, chair et psyché
mêlées, peut-on être mère sans être folle?*

Jacques André (2008)

(Palavras de ódio ou palavras de amor, as loucuras cotidianas ["minúsculas"] se servem de qualquer recurso: 'Você é aquele que eu mais desejei', 'Meu filho é tudo para mim' ...
Grávida, parida, inteiramente absorvida pela preocupação com o bebê, corpo e psiquê misturados, será que alguém consegue ser mãe sem estar louca?*)

* Tradução livre nossa.

INTRODUÇÃO

Meu interesse pela questão do trauma se iniciou já nos estudos da Graduação, sob orientação da professora Marta Rezende Cardoso, quando procurei investigar o aspecto traumático da adolescência, levando em conta a questão da violência psíquica inerente a esse período do desenvolvimento. Meu trabalho de conclusão de curso da Graduação pôde ser bastante aprofundado quando busquei investigar na minha dissertação de Mestrado o que estaria na base da predominância de patologias “graves” – que implicam a convocação do corpo e do ato – na clínica da adolescência contemporânea.

A partir do entendimento de que a constituição do sujeito sempre se dá a partir do que ele “recebe” do outro, percebemos um ponto em comum do estudo da adolescência com a importante discussão dos estados limites e da transmissão psíquica no campo da psicanálise: quais são os limites entre o eu e o não-eu? O que em mim vem do outro e o que em mim é próprio? Este então passou a ser também um dos objetos do estudo realizado no Mestrado no Programa de Teoria Psicanalítica da UFRJ.

Quando defendi minha dissertação em fevereiro de 2015, minha tendência inicial era seguir, no Doutorado que se iniciaria no mês seguinte, o estudo sobre a questão do traumático e das fronteiras. Além disso, eu não havia me dado conta de algo muito importante, que já estava acontecendo dentro de mim e viria a mudar profundamente meu percurso acadêmico – e toda a minha vida: eu estava grávida de 7 meses do meu primeiro filho.

A entrada no Doutorado veio então acompanhada da minha licença-maternidade. Mergulhei de cabeça naquela experiência tão maravilhosa, mas ao mesmo tempo assustadora, que é tornar-se mãe. Pude sentir na pele e me questionar a respeito da intensidade das transformações que essa experiência provoca. Durante aqueles primeiros meses em casa, lembro-me de me sentir totalmente realizada por alguns instantes – provavelmente quando meu filho atingia o recorde de dormir por mais de 45 minutos seguidos – e totalmente exausta, incompetente e frustrada quando ele acordava chorando logo em seguida. Entre dias e noites mal dormidos e momentos de descobertas extraordinárias, eu me pegava pensando como todas as mudanças pelas quais eu vinha passando suscitavam questões que mereciam ser investigadas.

Quando retornei da licença e me reuni com a minha orientadora, percebemos que havia sim uma linha de continuidade entre a minha pesquisa do Mestrado e este meu novo interesse pela questão da maternidade: ambos falavam de experiências inescapavelmente traumáticas, que submeteriam o sujeito a um grande abalo nas suas bases narcísicas e que poderiam lançá-lo numa potencialidade destrutiva ou criativa, dependendo de como ele fosse capaz de lidar psiquicamente com esses abalos.

Foi assim então que, como desdobramento da pesquisa de Mestrado, passamos a nos interessar pelo fenômeno da maternidade, abordando-o também a partir de seu inescapável caráter traumático. Para dar conta desta ampla questão, era preciso investigar dois principais eixos teóricos: por um lado, os aspectos traumáticos ordinários desta “loucura materna”; por outro, as situações em que esse traumático assume caráter extremo na maternidade.

Menos de dois anos se passaram e lá estava eu novamente grávida. O nascimento do meu segundo filho trouxe ainda mais significado para meus questionamentos da pesquisa. Como nos lembra Caetano Veloso, “a vida é amiga da arte” e por que não da pesquisa acadêmica? Vi-me então mais uma vez diante da experiência da maternidade, mas a vivenciei de uma forma totalmente diferente da da primeira vez. Era uma nova experiência, um novo bebê, novos medos e questionamentos.

A minha história como mãe foi, sem dúvida, a maior inspiração para o desenvolvimento desta tese. Ao começar a me ambientar com a literatura específica referente ao tema da maternidade, me dei conta de que a maior parte das produções teórico-clínicas acerca do “materno” referiam-se basicamente ao processo de constituição psíquica do bebê, bem como aos seus entraves. De maneira geral, muito se fala sobre a importância da mãe para a sobrevivência e desenvolvimento psíquico do bebê e de como as falhas maternas podem ter consequências das mais variadas; no entanto, pouco se atenta para quais são as repercussões para a mulher de estar neste lugar de mãe.

Freud já dá alguns indícios a respeito da experiência de ter um filho como mobilizadora de aspectos narcísicos e edipianos e, seguindo sua trilha, Laplanche é um autor que vai enfatizar mais o lugar da mãe como primeira sedutora, mas, mesmo então, não se coloca o foco sobre como é para a mãe estar nesse lugar de capacidade de seduzir. Diante disso, ficou cada vez mais evidente que parecia haver uma espécie de “recalque” das ressonâncias psíquicas da experiência da maternidade na mulher, o que reforçou ainda mais meu interesse sobre este tema.

Pesquisar a maternidade de forma bem aprofundada, partindo de seus aspectos culturais e vivenciais para mergulhar em seu entendimento de um ponto de vista psicanalítico passou a ser então um dos grandes objetivos da pesquisa. Para chegar neste ponto, fez-se necessário estar atenta inicialmente para a maneira como a temática da maternidade é concebida de uma maneira mais global.

O materno é uma temática ampla e complexa que pode ser abordada a partir de diversas áreas do conhecimento. Uma vez que diz respeito a uma vivência inevitável na história de qualquer sujeito – seja como filho ou também como mãe –, o materno consiste-se como problemática que provoca intenso interesse. Segundo Elizabeth Badinter (1985), o amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto, que tal comportamento é muito facilmente encarado como parte de uma natureza transcendental de toda mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Amplamente difundida no senso comum, tal concepção leva a crer que toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição, como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Neste sentido, sendo a procriação algo naturalmente definido, imaginar-se-ia que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deveria corresponder determinada atitude maternal.

No entanto, esta autora afirma que o *instinto* materno é um mito, não havendo uma conduta materna universal e necessária. O amor entre pais e filhos não está garantido *a priori*, nem pelas forças instintuais da natureza, nem pela força da tríade narcisismo, identificações e processo regressivo nem pelas determinações culturais e históricas. Emergiria da combinação única de todos esses aspectos? (Iaconelli, 2012)

A experiência biológica da mulher de conceber, gestar, parir e aleitar não garante a sua consecutiva assunção do papel de mãe, de modo a sustentar-se que a maternidade estaria muito menos relacionada ao campo do instinto e muito mais à *subjetividade* de cada mãe. Dentro do campo psicanalítico, compreende-se que a função materna se constrói e se exerce no psiquismo de cada mulher de forma singular, organizando-se em torno da história do sujeito.

Neste sentido, é preciso investigar o que está em jogo no trabalho psíquico de constituição da função materna para a mãe. Iaconelli (2012) busca investigar “um espaço no qual *uma mãe* pode constituir-se” parafraseando Aulagnier (1979), que procura definir “um espaço no qual *o eu* pode constituir-se”. Ao afirmar essa ideia da necessária emergência da função materna, Iaconelli desloca o foco do bebê para a mãe, chamando atenção para o caráter de construção e fundamental remanejamento da dinâmica psíquica

aí envolvida. Assim, esta afirmação já implica a compreensão de que o papel de mãe não está dado de antemão pela condição de ser mulher. A autora afirma que a mulher não é *naturalmente* uma mãe, sendo a maternidade uma construção que se dá, por um lado, na relação entre sujeito desejante e o discurso social e, por outro, no corpo-a-corpo entre mãe e bebê, cabendo à mãe dar uma significação singular para esta experiência.

Dizer que a gestação não cria uma mãe não implica dizer que tal experiência lhe seria indiferente – muito pelo contrário! –, uma vez que a realidade do corpo se impõe na vivência da maternidade com seu caráter de crise exigindo que o psiquismo materno se reorganize de forma radical. Ao gestar um bebê, a mulher também deve forjar um espaço psíquico para seu filho e se preparar para construção, em seu psiquismo, de um lugar para si como mãe, de modo que não é só o corpo da mulher que se transforma, mas todo seu psiquismo, que passa a se preparar para constituir outro ser e também para se reconstituir em função de seu papel materno.

Como procuraremos defender ao longo deste trabalho, se há um aspecto talvez inescapável da experiência da maternidade, este diria respeito muito menos ao instinto e ao amor materno idealizado, mas, principalmente, ao caráter necessariamente *traumático* desta vivência. Nossa hipótese principal constrói-se, portanto, em torno do pressuposto de que a maternidade traz consigo uma série de abalos e rupturas no psiquismo da mãe, que deles procurará dar conta apoiando-se em seus mecanismos psíquicos mais ou menos elaborados.

Portanto, temos como objetivo geral nesta tese sustentar, com base no pensamento psicanalítico, o aspecto traumático inerente a toda a experiência de maternidade. Pretendemos pensar a maternidade como momento psíquico necessariamente traumático, levando em conta uma série de arrebatadores eventos psíquicos que a gravidez e a chegada do bebê envolvem para a mãe. Dentre estes eventos destacaremos a relação eu-corpo, a questão da sedução e a ressignificação na mãe de seus complexos infantis. Buscaremos pensar então nos casos onde a maternidade se apresenta em sua faceta mais extrema, apresentando situações clínicas em que a mãe acaba impossibilitada de exercer sua função materna. O trabalho psíquico da mãe para lidar com o caráter necessariamente traumático da maternidade parece depender muito das condições de a mulher fazer um deslizamento entre seu narcisismo posto à prova novamente e sua capacidade de ver o bebê como um outro diferente e separado de si mesma.

No primeiro capítulo, buscaremos definir o materno e como ele estaria no fundamento da vida psíquica de todo sujeito, tendo ressonâncias ao longo de toda sua

história. Neste âmbito, a vivência da adolescência e seu caráter de crise psíquica alcança destaque por inaugurar biopsiquicamente a possibilidade do encontro da mulher com a maternidade. Em seguida buscaremos precisar como se articulam a necessária prematuridade do psiquismo infantil e a complexidade dos desejos maternos, partindo do princípio de que a relação com a alteridade desempenha papel fundamental na constituição do sujeito em geral e da mãe em particular. Além disso, iremos diferenciar o materno e a maternidade, no sentido de que esta última fala dos processos físicos e psíquicos envolvidos na efetividade de ter um filho, enquanto o primeiro não se restringe à gestação nem mesmo ao nascimento de um filho. A dimensão do materno será abordada a partir dos conceitos de narcisismo, feminilidade, sedução, complexo de Édipo, identificação e separação.

No segundo capítulo, teremos como objetivo principal defender o caráter necessariamente traumático presente na experiência da maternidade. Uma vez que tal vivência traz uma série de abalos e rupturas ao psiquismo da mãe, o que está em sua base é a questão do excesso que transborda as fronteiras. Ao desenvolver a questão das fronteiras, procuraremos pontuar de que maneira a singularidade do manejo das relações fronteiriças – as fronteiras internas, as fronteiras entre o eu e o objeto externo e as fronteiras entre o corpo e o psiquismo, dentre outras – repercutem no psiquismo materno. Neste contexto, a figura da “loucura materna ordinária” assume papel de destaque apontando para as próprias fronteiras entre o “normal” e o “patológico” na maternidade.

Por fim, no terceiro capítulo, discutiremos o extremo na maternidade, pensando a “loucura materna extraordinária” como figura de um traumático desestruturante que transborda as capacidades psíquicas da mãe de manejar aquilo que a transborda, de modo que o traumático “normal” ultrapassa certo limiar e se configura como verdadeira situação psicopatológica que impossibilita a mãe de ocupar seu lugar. Abordaremos a questão do extremo e de como se articula com a impossibilidade de tradução do que vem do outro, mantendo o psiquismo do sujeito num eterno “atual”, sem possibilidade de historicização. A questão da separação aparecerá aqui como eixo fundamental. Pensaremos em algumas figuras psicopatológicas que aparecem como possibilidades de resposta precária e radical diante da violência do traumático desestruturante que invade o psiquismo da mãe.

I – A DIMENSÃO DO MATERNO NOS FUNDAMENTOS DA VIDA PSÍQUICA

A questão da origem e dos fundamentos da vida psíquica tem sido discutida desde o nascimento da psicanálise. Nesse contexto, investigar a dimensão do materno e o papel que desempenha nos fundamentos da vida psíquica é de especial importância, sendo a base sobre a qual se ancora o psiquismo. Os cuidados maternos exercidos, na maior parte das vezes pela própria mãe, devem satisfazer as funções essenciais ao funcionamento psíquico da criança. Temos o objetivo de analisar como se articulam a imaturidade do psiquismo infantil e a complexidade dos desejos maternos, seu universo subjetivo, particularmente no que concerne aos seus elementos, traços e marcas inconscientes. Quais seriam os processos responsáveis pela transmissão das capacidades maternas, em sua positividade e negatividade, em sua potencialidade ou em seu efetivo exercício?

Pontua Christine Anzieu-Premmereur (2011) que:

O materno não é um conceito analítico, mas um vasto domínio que vai desde a maternidade até todos os desenvolvimentos em torno do objeto materno, suas funções, suas loucuras e suas transformações. O materno seria uma entidade funcional que qualifica tanto os cuidados físicos e psíquicos recebidos pelo bebê – a maternagem –, quanto à capacidade das mulheres e dos homens de desenvolver esta habilidade de cuidar (p.1449, tradução nossa).

O materno não é um objeto, mas uma condição indispensável para o desenvolvimento psíquico do bebê, consistindo, portanto, nas fundações sobre as quais se constitui a subjetividade humana. Para a referida autora, o sujeito capaz de “emergir” dessa primeira relação marcada, sob certo ângulo, pela experiência da indiferenciação, será aquele que conseguiria integrar em si a dimensão do materno, suas qualidades e falhas. Mas é preciso examinar as qualidades e funções do “materno”, que vêm propiciar a realização desse encontro originário essencial, assim como a fonte desse investimento.

Roussillon (2011) é um dos autores que busca delimitar e explorar a noção de materno em Psicanálise. Ele se interroga se existiria um materno em si e convida-nos a analisar as distinções colocadas por essa dimensão quanto à sua incidência, seja para um bebê, para a própria mãe, para uma criança em crise edipiana ou para um adolescente, e ainda, para um homem ou para uma mulher adultos. E, no que diz respeito ao campo da psicopatologia, ele se interroga se a representação do materno seria a mesma na histeria,

na neurose obsessiva, na melancolia ou na perversão. A questão principal a ser colocada para a clínica psicanalítica diz especialmente respeito à maneira como o materno virá a ser interpretado, simbolizado na história de cada sujeito.

Pensar no materno em Psicanálise implica a tarefa de se investigar a questão do materno desde os primórdios da constituição psíquica, isto é, sua relação, em primeiro lugar, com o arcaico e o infantil. Essa problemática se encontra em jogo em toda história psíquica muito antes da experiência da gravidez, do tornar-se pai e do tornar-se mãe (Zornig, 2010). Não poderíamos restringir a questão do materno ao fenômeno da gestação e, num sujeito, ao nascimento de um filho, visto que todo o percurso identificatório envolvido ao longo da vida subjetiva será determinante no exercício da maternidade. Referimo-nos aqui, portanto, à noção de “materno” como dimensão constitutiva do psiquismo humano, reservando o termo “maternidade” para designar todos os processos físicos – gestação, parto, mudanças hormonais, amamentação etc. – e psíquicos implicados na efetividade da experiência fenomenológica de se ter um filho.

Neste capítulo inicial de nossa pesquisa, abordaremos alguns dos principais aspectos implicados na dimensão do materno, tendo permanentemente em conta a temporalidade complexa que a organiza, desde seus elementos de base e processos ulteriores em constante ressignificação, até o futuro exercício efetivo da maternidade. Através da articulação do materno com os conceitos de narcisismo, feminilidade, complexo de Édipo, identificação, sedução, experiência de separação, dentre outros, iremos examinar o papel que o materno desempenha na constituição psíquica do sujeito, tendo como premissa básica que cada experiência subjetiva – da ordem do arcaico, da infância, da adolescência, da maturidade – necessariamente comporta a existência do registro anterior, dentro da lógica do *a posteriori*, elementos que coexistem numa relação de sobredeterminação. Este aspecto se revela especialmente relevante para uma compreensão mais precisa e aprofundada da experiência subjetiva da maternidade, ponto central na perspectiva que, de modo global, norteia a nossa reflexão.

I.1 – Narcisismo, feminilidade e Édipo: suas implicações no “materno”

A constituição da dimensão do materno na vida psíquica do sujeito tem suas raízes na história infantil dos próprios pais daquela que virá exercer a maternidade. O desejo de ter um filho numa mulher reatualiza as fantasias parentais, a própria infância e as

possibilidades de cuidado que pôde ter. A obra freudiana explora vastamente conceitos como o narcisismo e o complexo de Édipo, cujo estudo fornece valiosas indicações sobre o processo de constituição da subjetividade, destacando o peso do infantil e sua determinação no psiquismo adulto. Freud destaca constantemente a permanência e revivência do infantil na vida psíquica. Ou seja, pensar no materno implica destacar aspectos narcísicos em jogo no psiquismo dos próprios pais daquela que agora vem a ser mãe, bem como as lembranças e fantasias inconscientes desta em relação aos objetos parentais.

A importância dos cuidados maternos e o peso do amor parental, pressuposto incontornável à lógica que orienta o pensamento freudiano, foi especialmente destacada pelo autor em 1914 ao introduzir o conceito de narcisismo. Assinala aí Freud que os pais reproduziriam seu próprio narcisismo ao projetarem sobre o filho a idealização de “Sua Majestade, o Bebê”, procurando, desse modo, resgatar, através da criança, o narcisismo absoluto perdido dos primórdios de sua própria história psíquica. Assim, para Freud, a criança ocuparia uma “função reparadora” no psiquismo dos pais, colocando em questão seus próprios aspectos narcísicos, lembranças e fantasias inconscientes incidentes nas relações objetais primárias que marcam os primeiros vínculos entre as figuras parentais e o filho. “Sua majestade, o bebê” é, portanto, figura investida de todo o narcisismo parental, revivência do narcisismo infantil, fonte de intenso amor, resultante de uma operação de transferência de ideais que vão ou não permitir que as capacidades maternas venham a ser exercidas em maior ou menor adequação às necessidades incessantes e exigentes do novo ser.

Um dos pontos fundamentais acerca do narcisismo que desenvolvera Freud em 1910 em “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância”, concerne especificamente ao lugar da figura materna em articulação com a questão da identificação narcísica. Seguindo a trilha inaugurada nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (Freud, 1905/1996), onde é mostrado que o amor da mãe para o bebê por ela amamentado e objeto de cuidados constitui vivência muito mais profunda que a afeição ulterior que ela nutrirá pela criança que cresce, sendo da natureza de uma relação amorosa plenamente satisfatória. No referido texto de 1910, Freud chama nossa atenção para a intensa ligação erótica do menino com sua mãe, traço comum observado na gênese da homossexualidade masculina. Ao analisar uma lembrança de infância de Leonardo, Freud é conduzido a pensar na escolha de objeto homossexual como escolha de tipo narcísico, no sentido de que o menino se identificaria à mãe e escolheria o objeto sexual à sua própria imagem,

tomando a si mesmo como objeto sexual, amando os outros homens escolhidos à sua imagem, como sua própria mãe o amou. A questão aqui gira em torno da identificação, que aparece como operação narcísica por excelência.

A *identificação* é, portanto, um conceito fundamental para o entendimento do que está em jogo na experiência subjetiva do materno. Ao nascer, o bebê encontra-se marcado pela identificação primária com a mãe. Uma identificação bem manejada permite uma alternância progressiva entre a presença e a ausência da mãe, de modo a favorecer a alucinação da satisfação e o autoerotismo. O bom manejo da identificação primária fornece o berço das futuras capacidades maternas. O encontro do bebê com a mãe será base para o encontro da criança, quando menina, com o feminino e com a maneira como experimentará a maternidade na vida adulta.

A questão da *feminilidade* em Freud é também elemento de grande relevância para o entendimento do materno. Na relação mãe-bebê, o materno está em equilíbrio entre iniciativas da mãe adaptadas à criança e a passividade necessária para receber a experiência primária do bebê, o que entra em conflito com os desejos da mulher sexuada. Pensar na dimensão do feminino na experiência subjetiva da maternidade para a mulher implica considerar seus aspectos narcísicos e edípicos. Tendo em vista que é o encontro da mulher com o feminino que dá acesso à maternidade, procuraremos mostrar como a experiência da maternidade vem ressignificar todo o vivido da dimensão própria ao feminino na mulher.

Freud (1933[1932]/1996) encontrou uma série de dificuldades ao abordar o tema da feminilidade, sempre se referindo a este em relação à masculinidade e à primazia da lógica fálica. Para ele, o caminho de acesso à feminilidade para a mulher é muito mais complexo do que o da masculinidade para os homens. Tal complexidade se deve a dois principais pontos: a necessidade de mudança de zona erógena e a de objeto de amor na menina.

No caso da menina, há demanda, não somente de mudança de zona erógena – isto é, passar da obtenção da satisfação do clitóris para a vagina –, mas também de objeto de amor – da mãe para o pai e, posteriormente, para o objeto definitivo; enquanto o menino manteve ambos. Em relação a esta segunda troca na menina, no entanto, não é uma simples troca de objeto. Freud pontua que a desvinculação da menina de sua mãe é acompanhada de grande hostilidade, esta podendo persistir durante toda sua vida ou ser superada em maior ou menor medida. Freud vincula esta hostilidade ao complexo de castração e em como a menina o experimenta como inveja do pênis. As meninas atribuem

à mãe a responsabilidade por não lhes ter dado um pênis, fato imperdoável que as colocou em desvantagem e deixou marca indelével em seu psiquismo.

Em relação ao complexo de castração feminino, explica Freud que:

A descoberta de que é castrada representa um marco decisivo no crescimento da menina. Daí partem três linhas de desenvolvimento possíveis: uma conduz à inibição sexual ou à neurose, outra, à modificação do caráter no sentido de um complexo de masculinidade, a terceira, finalmente, à feminilidade normal (Freud, 1933[1932]/1996, p. 126).

Nosso interesse aqui se volta prioritariamente para a terceira linha de desenvolvimento freudiana que ele denomina “feminilidade normal” e que daria acesso à maternidade. Nesta “feminilidade normal”, por tê-la trazido ao mundo com esta falta tão sofrida, a menina se ressentida da mãe e se desliga dela. Volta-se então para o seu pai, como aquele que poderá lhe dar o almejado pênis, em forma de um filho. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for simbolicamente substituído pelo desejo de um bebê.

Neste primeiro momento de entrada no complexo de Édipo, o bebê desejado seria um bebê obtido de seu pai, e de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino. Quando, já ultrapassado o complexo edípico, esse desejo se concretiza na realidade, a ênfase é colocada no bebê e o pai fica em segundo plano. Na vida adulta, a mulher se sentiria realizada com a chegada do seu bebê, uma vez tendo alcançado o desejo feminino “por excelência”. A insatisfação da mulher castrada encontraria uma solução no tornar-se mãe. Nesse sentido, a fecundidade, o desejo de engravidar, não seriam tocados pela ameaça de castração, uma vez que ao engravidar a mãe portaria o bebê como falo: “Uma mãe pode transferir para seu filho aquela ambição que teve de suprimir em si mesma, e dele esperar a satisfação de tudo aquilo que nela restou do seu complexo de masculinidade” (Freud, 1933[1932]/1996, p. 132).

Segundo Jaqueline Schaeffer (2005), o momento edípico é marcado pelo investimento na espera. A autora aponta que:

O menino, destinado a uma sexualidade de conquista, isto é, a penetração, se organiza o mais frequentemente, bem apoiado sobre sua analidade e sua angústia de castração, na atividade e no domínio da espera. A menina, ao contrário, é devota da espera: ela espera de início um pênis, depois seus seios, a menstruação pela primeira vez, e depois todos os meses; espera a penetração, depois um filho, depois o parto, depois o desmame etc. Ela não para de esperar (p. 168-169, tradução nossa).

Para que a menina se mantenha protegida de uma sexualidade adulta excessiva, é necessário que possa investir na espera. A “mãe suficientemente boa” é mensageira da espera. A mãe é aquela que vai ritmar a espera para que sua ausência não seja nem excessivamente curta nem excessivamente longa. É isso que vai determinar a qualidade da intrincação pulsional primária, permitindo que a criança possa se organizar fantasisticamente pela alucinação da satisfação e pelo autoerotismo, com a ajuda da coexcitação libidinal (Schaeffer, 2005).

A espera possibilita futuramente a substituição do pênis ausente por um bebê, conforme avança Freud a respeito da singularidade do complexo de Édipo na menina. É assim que se iniciaria a mudança de objeto, e que a menina, decepcionada pela mãe, passaria a investir no pai. Para que a menina mude de objeto de investimento e venha a se transformar em mulher, ela precisa se separar da mãe e perdê-la, o que implica pensá-la como mulher. É preciso haver uma separação entre a mulher como mãe e a mulher como amante. Quando esta separação não é bem estabelecida, pode haver “excesso de materno”, tanto quanto “excesso de amante”. O excesso de materno, na mulher que vem a se tornar mãe, tenderia a conduzir a certa exclusão da figura paterna e a utilização do filho como móvel de completude narcísica. Nesses casos, problemas graves na identidade e na futura sexualidade adulta da menina não raro podem ocorrer. Já o excesso da dimensão relativa à amante na mãe se encontra muitas vezes na raiz da experiência interna de ódio do amante, da cena primária e da própria sexualidade (*Id., ibid.*).

O movimento de espera da menina está ligado às experiências não domináveis de perdas reais de partes dela mesma ou de seus objetos. Ao contrário do menino, que pode simbolizar, ao menos supostamente ou em tese, com mais facilidade suas perdas em angústia de castração, a menina já nasce com a falta deste órgão tão narcisicamente valorizado, sendo esse um dos grandes impulsos que vem direcionar seu investimento libidinal para a figura paterna e, posteriormente, para o homem que poderá lhe dar um filho (*Id., ibid.*).

A entrada na adolescência, conforme desenvolveremos mais adiante, representa novo patamar no processo de constituição narcísica e de passagem pelo complexo edípico na menina. A possibilidade de realização sexual faz reviver no psiquismo da adolescente os conflitos narcísicos e edipianos infantis, implicando uma complexa e profunda reorganização de suas bases identificatórias, despertando a ameaça de realização fantasmática incestuosa. Nesse processo interno e inconsciente de revivência das

fantasias edípicas, há uma proximidade aterrorizante com o sexo da mãe, que precisa com muito esforço ser elaborada.

Apesar de Freud ter frequentemente chamado atenção para a figura materna em suas construções teóricas, a compreensão de seu papel derivava fundamentalmente do complexo edípico, de modo que os desenvolvimentos da problemática referente ao início da vida, aspectos relativos ao registro arcaico e ao primário, tenderam a ser indicados de modo menos central, sem ocupar esse lugar, digamos, nuclear, permanecendo, de certo modo, em segundo plano. Mas Freud nos dá preciosas pistas acerca da questão do materno, ainda que tenha cabido aos autores pós-freudianos o papel de promover a ampliação dessa problemática como objeto de investigação. No esforço de chamar a atenção para aquilo que seria o papel da dimensão do pré-edípico dentro dessa problemática, vamos buscar delimitar melhor essa questão.

I.2 – O materno primário

Durante muito tempo os psicanalistas circunscreveram, sobretudo, a função simbolizante ao pai, bem como a ele destinaram a função de separação da relação mãe-bebê, deixando implícita a função não simbolizante da figura materna. Somente após consideráveis rearranjos teórico-clínicos é que diferentes autores começaram a sublinhar que a mãe não só participaria como teria um papel essencial no que concerne à função simbolizante, por ser aquela que se mostra responsável pela apresentação do lugar da função paterna ao bebê. Os teóricos da primeira infância sublinham que o bebê vem ao mundo com determinadas competências, graças às quais consegue se adaptar e se orientar. O bebê possui uma pré-concepção do seio, a partir da qual é capaz de encontrar um objeto suficientemente análogo quando este lhe é apresentado em boas condições. O modelo supõe certo trabalho de ajustamento entre a expectativa do bebê e o ambiente que encontra. Desde Freud é suposto que a importância da resposta materna às necessidades corporais do bebê consiste em dar-lhe condições para que ele se integre e venha a se apropriar de si.

A preconcepção do materno implica não somente uma representação de cuidados corporais aparentes (apresentar o seio e os objetos, *holding*, *handling*) e sua implicação pulsional, mas, a partir desses cuidados, certa forma de comunicação primitiva vem a se desenvolver. Os cuidados teriam, então, uma dimensão de *mensagem* – conforme

profundamente desenvolvido em sua teoria da sedução generalizada por J. Laplanche (1987) conforme veremos mais adiante –, de modo que o corpo a corpo primitivo, no seu modo relacional específico, transmite ao bebê certa representação do que ele é para sua mãe.

De acordo com Roussillon (2011), o materno primário seria a primeira protorrepresentação do materno para um bebê, sendo em função dessas protorrepresentações que se organizam as satisfações, bem como as decepções primárias. Essas decepções primeiras são consideradas como figura central dos traumatismos do início da vida e do sofrimento que lhes está associado. O sofrimento primeiro corresponde àquele concernente aos potenciais que não puderam se atualizar devido ao fracasso no encontro de um materno suficientemente ajustado. Roussillon evoca alguns traços que vêm funcionar como uma espécie de esboço do que se poderia considerar como uma metapsicologia do materno primário, abordado a partir dos movimentos pulsionais do bebê e de seu acolhimento pela mãe ou pelo *caregiver* [cuidador]. No intuito de delimitar o conceito do materno em psicanálise, associando-o ao processo de constituição psíquica, os traços do materno desenvolvidos por Roussillon servem, neste ponto, como uma contribuição especial para nossa reflexão.

Segundo Roussillon (2011), o primeiro traço do que ele trata em termos de uma metapsicologia do materno primário concerne à receptividade do materno ao movimento pulsional do bebê. Apoiado principalmente na teoria de Winnicott, o autor chama atenção para a noção de alucinação primitiva de um objeto por parte do bebê. Esta alucinação corresponderia à preconcepção do materno, o novo ser tendo necessidade de ser aceito e acolhido pelo objeto-mãe. Ao fazê-lo, pode assim se encarnar, encontrar uma percepção análoga para vir aí a se localizar. A alucinação da pré-concepção deve encontrar uma percepção suficientemente análoga para que o campo da ilusão da autossatisfação comece a se desdobrar e para que os fundamentos de um narcisismo de vida venham a ter lugar.

Desde o “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]/1996), Freud falava da mãe que, ao responder às necessidades do bebê desamparado, funcionaria, num primeiro momento, como aparelho de paraexcitação, condição para que ulteriormente o próprio bebê pudesse desenvolver suas funções:

Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a *experiência de satisfação*, que

tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo (p. 370).

Ou seja, a realização de uma ação específica pela mãe permite ao bebê que as pulsões sexuais se apoiem sobre as de autoconservação, que a atividade fantasística a acompanhe e que o si mesmo se desenvolva e se autonomize pela interiorização das funções do materno. Importante destacar que não nos remetemos aqui a uma forma anobjetal de relação, como avançado em certas concepções acerca do narcisismo primário, mas nos apoiamos na ideia de um objeto que aceita se apagar em sua alteridade para oferecer um espaço receptivo aos processos e movimentos do bebê. Se a mãe não tem prazer suficiente em ser assim utilizada – de maneira implacável, como diz Winnicott (1968/1971) –, o movimento pulsional colide com um objeto “pleno”, sem espaço de acolhimento. A presença do prazer materno evidencia um desejo de apagar ou de suspender sua alteridade para fazer um espaço de receptividade às pulsões e aos processos do bebê. Estamos aqui no âmago da definição de uma posição parental.

No entanto, não é possível supor que a adequação do objeto criado pelo bebê e do que o objeto pode lhe oferecer se efetue por uma espécie de “magia” que viria revelar um suposto instinto materno. Bebê e objeto materno encarnado se “procuram”, procuram se encontrar, o que se efetua por tentativas e erros numa espécie de balé, denominado por Roussillon (2004) em termos de *coreografia do encontro*. Segundo este autor, esse processo se configura a partir de um primeiro e mais fundamental nível, ligado a todo o investimento libidinal do corpo. Tratar-se-ia, portanto, de um compartilhamento estético, de um ajustamento de sensações corporais, expresso nesse balé do encontro de corpos e que se dá num processo de ajustamento “mimo-gesto-postural” recíproco entre mãe e bebê. Aos gestos, mímicas e posturas de um, corresponderiam e se ajustariam os gestos, mímicas e posturas do outro.

Encontro e tomada de distância um do outro, “respiração”, movimentos recíprocos – tudo isto forma uma espécie de coreografia corporal através da qual se ajusta e se transmite um cortejo de sensações assim compartilhadas e também reguladas. O investimento do corpo e das sensações corporais do bebê passa pelo encontro com o investimento do reflexo que o objeto lhe retorna. A partir de sua atitude, a mãe lhe comunica suas próprias sensações, num movimento de ajustamento, de maneira tal que o bebê tem acesso às suas sensações a partir do reflexo de si mesmo que esse objeto, duplo de si, lhe oferece.

O entre-jogo com o objeto que se ajusta, que procura o encontro e o contato afetivo e processual, dá corpo à impressão subjetiva de poder agir sobre o mundo e transformá-lo para torná-lo suficientemente adequado à instauração do primado do princípio de prazer. É também pelo ajuste recíproco que podem ser significativamente reduzidos o desamparo e o vivido de impotência infantil, condição de sua integração. Este trabalho de ajuste remete à idéia de “maleabilidade” e da utilização de objetos “meio maleáveis”, expressão que Roussillon (1997) toma emprestada de M. Milner. Examinando a função simbolizante do objeto, Roussillon aborda o conjunto das condições-precondições “relacionais” da simbolização. Ele destaca a maneira como o objeto pode ser “utilizado”, isto é, a maneira como suas diferentes propriedades são utilizáveis para o desenvolvimento da atividade de simbolização, atentando para os aspectos maleáveis do objeto. É preciso que o objeto possa apagar sua alteridade para ser utilizável ou tornado adequado para esta utilização. Ao mesmo tempo, é a própria utilização do objeto pelo sujeito que será necessária para o desenvolvimento da sua atividade de simbolização.

Relação de objeto e utilização do objeto estão então numa relação de complementaridade dialética que se move em função do avanço e do desenvolvimento da função simbolizante, elas são ao mesmo tempo diferenciadas e ‘não separáveis’; uma não pode ser pensada sem referência à outra (ROUSSILLON, 1997, p.182, tradução nossa).

Outro traço destacado por Roussillon (2011), relativo ao materno primário, diz respeito à função de “espelho primeiro”. Os bebês teriam montagens biológicas prontas para imitar e reproduzir o que é por eles observado no olhar da mãe, seu rosto e, mais geralmente, seu modo de ser. Winnicott propôs a hipótese de que o rosto da mãe seria o primeiro espelho no qual o bebê se veria. Nessa mesma linha, sustenta Roussillon que a criança estaria em busca da imagem dela mesma, de suas sensações, processos e diversos estados afetivos e pulsionais internos. Ou seja, o bebê se encontra em busca de um objeto suscetível de lhe reenviar em “espelho” e “em duplo” representações do que o anima e o percorre. O objeto materno primário possui função reflexiva dos estados psíquicos do bebê, função que permite que o bebê desenvolva sua própria função reflexiva futura, essencial no seu processo de regulação narcísica. Quando este falha repetida e reiteradamente, o psiquismo da criança se depara com a dificuldade nos processos de identificação com o objeto primário.

Roussillon (2011) ressalta que as respostas maternas em espelho não remetem à instauração de uma relação especular de tipo alienante. As respostas “em espelho” são ao mesmo tempo “em espelho” e não especulares. Isso porque o que é emitido “em espelho”

pelo bebê não se confunde especularmente com a resposta do objeto. O espelho humano não é especular como os espelhos minerais: a um movimento visual do bebê, corresponde uma mensagem auditiva da mãe. Como complementado por Figueiredo (2012), “muitas vezes, cuidar é, basicamente ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem” (p.138).

De acordo com Roussillon (2004), um outro deve desempenhar para o sujeito o papel de “duplo”:

o duplo é um outro, um outro sujeito, de modo que a referência a ele exclui a (con) fusão psíquica, a indiferenciação. Trata-se de um outro, contudo, que é semelhante. Um duplo deve ser suficientemente ‘mesmo’ para ser um duplo do sujeito, mas deve ser também suficientemente ‘outro’ para não ser o próprio sujeito (p. 430, tradução nossa).

Ou seja, na relação mãe-bebê, o que condicionaria o prazer da relação e a composição psíquica do próprio prazer seria o processo através do qual as duas partes se constituem como espelho e como “duplo” do outro. Ressalta ainda Roussillon (2004) outro aspecto inescapável e estruturante do materno: a *sedução*. Em geral, conferimos, a princípio, uma função paraexcitatória ao objeto materno. Não é somente a função paraexcitatória que se encontra em jogo nesse encontro com o outro adulto materno. Freud revelara ao longo da obra também uma função sedutora da mãe, primeira iniciadora dos prazeres do sexual.

I.3 – O papel sedutor da mãe

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), Freud sublinha o caráter sedutor da mãe ao desempenhar os cuidados com o bebê:

O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo (p. 210-211).

Freud passa a considerar a corrente terna dos cuidados da mãe indissociável de seu caráter sexual. É este o ponto de partida da “teoria da sedução generalizada” de J. Laplanche, a qual aponta para o que há de inevitavelmente sedutor no objeto materno. Em “Novos fundamentos para a psicanálise” (1987), o autor fala da condição humana

fundamental e originária: a condição universal para o ser humano na sua origem é a relação profundamente assimétrica adulto-criança. Uma relação assimétrica não somente em função da prematuridade biológica da criança, que a tornaria incapaz de sobreviver sem ajuda exterior, mas, sobretudo, em função da grande diferença em relação à sexualidade pulsional.

A partir dessa concepção, entende-se que o adulto carrega consigo uma sexualidade ligada ao seu inconsciente e transmite à criança seus significantes enigmáticos. Ou seja, a criança é confrontada desde seu nascimento com uma sexualidade adulta, veiculada por um outro que lhe transmite mensagens de caráter enigmático, na medida em que são inconscientes para o próprio adulto. Laplanche nomeia esta situação originária adulto-criança de *situação antropológica fundamental*.

Trata-se de uma situação inelutável e universal que coloca a primazia da constituição psíquica na relação com a alteridade – com o outro do outro. Ante as mensagens enigmáticas do adulto, a criança encontra-se invadida e submergida, absolutamente passiva diante das mensagens, das quais quer se libertar traduzindo-as, apropriando-se delas ou recusando-as. Entretanto, para que isso seja possível, é preciso primeiro que ela aceda ao sentido das mensagens – o que mesmo o emissor adulto não consegue. Diante da impossibilidade de tudo traduzir, os restos acompanharão a criança como objetos-fonte das pulsões, os quais permanecerão estimulando o psiquismo do adulto que ela se tornará (Guerrero, 2015).

Estas seriam “mensagens enigmáticas” de caráter pré-verbal, veiculadas por meio do olhar, do toque, do carinho, do investimento materno, diante das quais o processo tradutivo da criança será sempre incompleto, já que ultrapassaria sua capacidade de tradução, simbolização – configurando, deste modo, uma situação de passividade originária. A mãe está em uma situação de identificação quase absoluta com o bebê, e isso a coloca também diante da angústia de base desse estado de passividade absoluta – ponto que será desenvolvido detalhadamente nos capítulos seguintes.

A criança está obrigatoriamente em situação de passividade diante das mensagens que lhe chegam provenientes do outro, pois, por um lado, ainda não é possível exercer o trabalho de tradução e, por outro, as mensagens são enigmáticas, posto que inconscientes no psiquismo da própria mãe. Interessa-nos ressaltar justamente o papel do adulto, sendo agora o transmissor destas mensagens. A partir da revivência na mãe da situação de passividade originária, como é para ela estar agora no papel de sedutora? Segundo Guerrero (2015), as mensagens enigmáticas transmitidas pelos pais têm certa relação com

as mensagens que eles receberam e o tipo de tradução que puderam realizar. “Mais do que introduzir um trabalho narrativo exógeno, seria preferível estabelecer as condições através das quais os enigmas carregados pelos pais possam se abrir a novas traduções” (Id., *ibid.*, s.p.). A experiência de nos tornarmos pais nos remete, portanto, à reatualização das mensagens enigmáticas recebidas quando da situação originária de quando éramos crianças. Aquilo que ficou sem tradução é (re)colocado em cena e são feitas novas tentativas de tradução.

Neste contexto, a entrada na adolescência, experiência singular de revivências e ressignificações dos vividos infantis, representa de maneira inaugural o encontro com a potencialidade da maternidade, sendo agora necessário nos debruçarmos sobre a análise desta passagem significativa e suas reverberações.

I.4 – Adolescência: o encontro com a potencialidade da maternidade

Nas meninas, o pulsional se mantém muito próximo do corporal, da fonte da pulsão. É o ventre – o interior do corpo – que pode ser objeto de angústia ou sofrer uma ameaça de destruição, de invasão e intromissão. A experiência do encontro sexual e da penetração pode fazer reviver na adolescente ameaças de atravessamento narcísico. A puberdade comporta uma dimensão traumática, remetendo às condições de organização da sexualidade infantil, aos diversos momentos de encontro da menina com o feminino e de como lhe foi possível elaborá-los.

Se pensarmos na possibilidade de uma gravidez na adolescência, esta pode ter efeitos distintos: por um lado, engravidar pode ser vivenciado subjetivamente como possibilidade de preenchimento e de fechamento de todas as carências; por outro, quando estamos diante de meninas cuja constituição egoica se revela particularmente fragilizada ante o traumático da própria possibilidade de maternidade, o bebê no ventre pode ser sentido como um objeto interno ameaçador. A criança, representante do objeto interno, pode vir a ser esperada com sentimento de pavor. Nesses casos, uma gravidez na adolescência poderia ser vivida sob o sinal de extrema angústia, podendo levar, inclusive, a uma situação psíquica de natureza psicótica, a partir de intenso desequilíbrio da dinâmica do conflito interno, um verdadeiro desmoronamento psíquico. No entanto, nosso interesse aqui não é pensar somente na efetividade da gravidez na adolescência,

mas principalmente na adolescência como um momento inaugural de acesso da menina à possibilidade de ser mãe.

A mulher está submetida, ao longo de toda sua existência, a experiências mobilizadoras que escapam ao seu controle egoico: menstruação, gravidez, parto, amamentação, menopausa etc., que pontuam o trajeto de sua vida quando dirigido à efetivação do tornar-se mãe. Todas essas experiências estão submetidas a uma espécie de “relógio” feminino, aos processos biológicos e fisiológicos que, por vezes, podem ser desregulados por interferências de ordem psíquica. A predominância dessas experiências é periódica, isto é, não submetida ao pulsar constante da libido, de tal forma que o pulsional é o primeiro e a maternidade vem depois. Ou seja, as relações entre a maternidade e a sexualidade feminina indicam as diferenças de temporalidades entre o pulsional feminino, constantemente pulsando, e os eventos somatopsíquicos temporários da maternidade com a construção de um novo objeto interno e externo, o bebê. Enquanto o pulsional é constante, a maternidade é periódica.

A gravidez e a maternidade são consideradas por diversos autores da psicanálise como verdadeira *crise psíquica*, na qual o sujeito muda radicalmente de posição: opera-se uma mudança de geração, irreversível, e que mobiliza um excesso de energia, exigindo complexo trabalho psíquico (Bydlowski, 2007). A noção de crise é de fundamental importância para o que nos propomos a desenvolver em nossa pesquisa: o termo “crise” vem do grego *krisis*, “separação”, e do latim *crisis*. Na origem grega a significação “separar”, assume também a acepção de “momento decisivo”. Na história da Medicina, crise é quando, no processo de evolução de uma doença, há um momento decisivo, tanto para a cura quanto para a morte (PRIBERAMPT, 2013).

Em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926[1925]), Freud afirma que as crises de angústia seriam condicionadas aos momentos de vacilação do aparelho psíquico, ou seja, tanto aos limites quanto à sua capacidade de simbolização. Quando esses limites são ultrapassados, o ego se encontra na situação de verdadeiro desabamento do mundo simbolicamente organizado. A experiência interna provocada pela maternidade, entendida como momento de crise, interroga-nos justamente sobre o papel do trauma nessa vivência subjetiva. A ideia de crise remete, neste caso, do ponto de vista do funcionamento intrapsíquico, para a suposição de um excesso pulsional traumático.

A maternidade envolve um processo de luto: luto da condição de filho, luto da perda de uma condição anterior e luto da consolidação da posição adulta, estando agora o sujeito em outro patamar no âmbito da cadeia geracional. A maternidade “encerra”

definitivamente a fase adolescente, sendo o sujeito agora responsável por um outro. Funcionaria a maternidade como um *a posteriori* da adolescência, tal como a adolescência o é em relação ao infantil?

No caso da menina, a crise da adolescência abre o caminho para o acesso à maternidade, crise maturacional que comporta também caráter traumático. Quando se defronta com a crise da maternidade, a mulher terá que lidar novamente com uma série de remanejamentos psíquicos e com o excesso pulsional que daí advém. A possibilidade do encontro com a maternidade na adolescência mobiliza energias, desperta ansiedades e conflitos psíquicos latentes: o sujeito é lançado no processo de formação de uma nova identidade, tendo como princípio uma capacidade evolutiva própria (Bydlowski, 2007). A maternidade e a adolescência têm como uma de suas características em comum a existência de um ponto de desencadeamento ancorado na imposição de extremas transformações no plano do corpo sexual físico, no caso, radicais mudanças hormonais, físicas com complexa ressonância no plano psíquico, inclusive, identitário.

A gravidez coloca a mulher diante de mudanças corporais que ocorrem numa temporalidade muito especial e que precisam ser metabolizadas psiquicamente. São mudanças impostas de “fora”, se assim se pode dizer, afetando o corpo e o psiquismo do sujeito, demandando uma difícil adaptação a essa nova realidade. As modificações corporais reais da adolescência impostas pela puberdade física, assim como a presença real de um ser diferente de si no próprio útero, vêm desestabilizar o equilíbrio psíquico interno, afetado, ao mesmo tempo, pela crise identitária em curso.

As transformações do corpo do adolescente e da mulher grávida são sentidas como violentas, já que o sujeito é “vítima” de uma mudança que não pode controlar. É justamente por seu caráter incontrolável que estas transformações podem ser percebidas como vindas do exterior: o corpo é sentido como se não lhe pertencesse, e isso provoca abalo nas bases narcísicas (Cardoso, 2001).

Quando se prepara para se tornar responsável por um ser que dependerá quase exclusivamente dela, a futura mãe tende paradoxalmente a experimentar um período de regressão e dependência. Bydlowski (2007) sustenta que, na maternidade, um estado relacional particular se desenvolve, como um chamado de ajuda latente, ambivalente e quase permanente. Aponta também a autora para uma particular autenticidade do psiquismo e um determinado radicalismo que podem se fazer presentes na mulher grávida, elementos que não deixam de evocar a clínica da adolescência. “Essas mulheres estabelecem, sem se inibir, uma correlação evidente entre a situação de gestação atual e

as lembranças de seu passado. (...) Nesse período, antigas lembranças e fantasias habitualmente esquecidas afluem com força à memória, sem serem barradas pela censura” (Bydlowski, 2007, p. 102, tradução nossa).

A presença de uma base traumática nessas crises é o que leva a quase totalidade dos autores que se dedicaram a pensar a problemática da adolescência em psicanálise a pensarem nessas experiências como um período de instabilidade psíquica. Por exemplo, no clássico “A Síndrome da Adolescência Normal”, Knobel (1981) considera a adolescência como experiência subjetiva necessariamente frágil e dolorosa. Ressalta que uma característica própria desse processo seria a obrigatoriedade de o indivíduo reformular os conceitos que tem de si mesmo, abandonando sua autoimagem infantil para se lançar ao mundo relacional adulto. O jovem deve realizar uma série de lutos que, em última instância, representam um ataque ao “conservadorismo” do ego narcísico, uma vez que demandam que este dê conta de uma série de reorganizações e remanejamentos.

Em relação aos lutos adolescentes, diversos autores destacam quatro principais elementos envolvidos nesse processo: luto do corpo infantil, luto da imagem dos pais infantis, da bissexualidade infantil e, igualmente, da imagem infantil. O sujeito adolescente será exigido a fazer uma escolha objetal fora do mundo familiar, o que implica renunciar aos objetos incestuosos e à segurança que os acompanha, para poder investir em novos modelos identificatórios.

Por sua vez, a experiência da maternidade envolve o luto da condição de filho, luto da perda de uma condição anterior, representando a consolidação da posição adulta, estando situado agora o sujeito em outro patamar da cadeia geracional. A maternidade “encerra” definitivamente a fase adolescente, o sujeito passando agora a ser responsável por outro ser.

Assinala Freud (1933[1932]) que a transformação da mulher em mãe pode fazer reviver, no mundo interno, uma identificação com sua própria mãe, o que nos permite distinguir uma dimensão pré-edipiana, na qual há uma vinculação afetiva com a mãe e esta é tomada como modelo, e a dimensão subsequente, advinda a partir do Complexo de Édipo, na qual há uma vinculação hostil que procura eliminar a mãe e tomar o seu lugar junto ao pai. Estas duas dimensões permanecem presentes na vida psíquica da mulher, sendo constantemente ressignificadas.

Do nascimento à morte, a dialética da separação e da união rege as relações objetais. A imagem prototípica da separação é o corte do cordão umbilical. Essa imagem se relaciona ao mito de uma unidade, símbolo da perfeição que vem a ser perdida, abrindo

para uma eterna nostalgia, a qual se reapresentará com força total na vivência da maternidade.

I.5 – Luto e separação: paradigmas da maternidade

Para Peter Blos (1998), a história da psique humana é um longo caminho que o indivíduo deve percorrer: da fusão inicial ao objeto primário em direção à autonomização, à separação e à individuação. Isso implica a emergência de um sujeito separado do objeto, com características próprias e com a construção de uma representação diferenciada de si. O processo de separação da criança se inicia por volta dos seis meses de idade, ao começar a se desfazer a relação primária mãe-bebê. Segundo o autor, um segundo processo de individuação essencial tem lugar na adolescência. Como indicamos anteriormente, a maternidade recoloca em jogo esses vividos subjetivos inconscientes fundamentais inerentes ao processo de individuação, inaugurando um novo e importante processo no que tange à questão da separação. Para a mãe, como é estar agora na posição de sua própria mãe e ter que se separar deste bebê que outrora ela foi?

No início da vida, a partir da relação mãe-bebê, cabe à criança se separar da mãe real por meio da internalização de sua imago. Já o adolescente precisa deixar para trás a relação muito íntima com essas imagos parentais para buscar o encontro com um novo objeto real. Uma criança suficientemente investida pelos pais poderá realizar ainda na infância os primeiros passos do processo de separação. Mas esse processo só será efetivamente “trabalhado” psiquicamente na adolescência – e continuará presente ao longo de toda a vida. O encontro da mulher com a maternidade trará à tona novamente toda a questão da separação. As mudanças físicas e psíquicas da gravidez e da maternidade representam um verdadeiro ataque ao narcisismo, desequilibrando a balança dos investimentos narcísicos e objetais. Na adolescência, o objetivo maior do processo de separação é o abandono dos primeiros objetos de amor. Na maternidade, a identificação profunda da mãe com sua própria mãe recolocará em jogo novamente todas estas questões ligadas à separação.

Na caminhada do processo de separação – que se faz presente ao longo de toda a vida subjetiva – a maternidade se constitui como tempo paradoxal de uma separação que é, simultaneamente, necessária e difícilíssima em sua realização: o sujeito se vê agora diante de um objeto que depende inteiramente dele. A necessidade que vem do outro pode ser

sentida, então, como invasiva, traumática, como ameaça de revivência da situação de passividade originária para a própria mãe.

Pensar então na questão da separação na maternidade implica pensar em trabalho de luto. Um trabalho de luto satisfatório implica a introjeção do objeto perdido no seio do ego, como uma consolação por sua perda. Assim, o sujeito se identifica com o objeto perdido, conservando-o na sua esfera egoica de forma a mantê-lo eternamente presente.

Segundo Freud (1917[1915]/1976), o luto é o protótipo do desinvestimento: o luto leva o ego a renunciar ao objeto, declarando-o morto, sendo solicitado ao ego que permaneça em vida. Porém, desinvestir o objeto morto implica, durante um bom tempo, não se separar do objeto, mas, ao contrário, só se preocupar com ele. Em primeiro lugar, o processo de luto implica um superinvestimento do objeto perdido. A dificuldade do luto se relaciona com o estatuto narcísico do objeto perdido, responsável pelo caráter interminável de certos lutos, trabalho de decomposição, de fragmentação, de desinvestimento do objeto.

A conexão entre separação e morte tem origem na ligação presente desde o início da vida entre separação e desaparecimento. Essa confusão, perigosa e difícil é, na realidade, inerente à subjetividade humana. Freud (1924/1996) constata que, para todos os sujeitos, as vivências subjetivas de separação definitiva e de separação temporária tendem a ser confundidas desde os primórdios da vida, já que o bebê não é capaz de diferenciar uma ausência experimentada temporariamente, de uma perda definitiva. No instante em que perde de vista a mãe, ele se comporta como se não fosse jamais voltar a vê-la, consolando-se, repetidamente, até perceber, internamente, que a ausência da mãe costuma ser sucedida por seu reaparecimento.

A este respeito, vale retomarmos as contribuições de Freud em “Além do princípio de prazer” (1920/1976), quando ele relata a observação do célebre jogo do carretel, o qual denomina *fort-Da*. O jogo consiste em duas partes: na primeira, *Fort*, a criança joga longe o carretel de madeira, fazendo desaparecer o objeto; na segunda parte, *Da*, puxa-o para perto de si, fazendo-o reaparecer. Esse jogo seria o protótipo do processo de separação na infância, permitindo, sobretudo, que a ausência da mãe e o trauma dessa ausência sejam erotizados, ou seja, ligados à excitação e não mais ao abandono.

Em relação à questão da separação do objeto primário, Winnicott (1968/1971) propõe o interessante conceito de “uso de um objeto”. Este supõe que o objeto se permita destruir, mas podendo, ao mesmo tempo, sobreviver a essa destruição. Na infância, a utilização do objeto permite que a mãe seja constituída como objeto exterior ao bebê.

Winnicott considera que alcançar o estágio de uso do objeto é a tarefa mais difícil do desenvolvimento humano. Para que se dê, são necessárias condições favoráveis: que o objeto suporte a destruição e que possa sobreviver sem retaliar. Como é para mãe estar neste lugar? Podemos já ver aqui uma indicação importante de Winnicott nos auxiliando na compreensão dessa difícil função da mãe, que precisa suportar um ataque narcísico em prol da constituição psíquica satisfatória do seu bebê. Acrescenta ainda o autor que o ódio possui grande relevância nesse processo de separação do objeto. O ódio põe fim ao estado fusional no qual sujeito se confunde com o objeto, processo de diferenciação que permitirá ao sujeito sentir-se como ser distinto e separado.

O trabalho de separação que está em jogo ao longo de toda a vida do sujeito, torna-se, então, um paradigma com a chegada da maternidade. A mulher que se torna mãe terá a difícil missão de se separar deste objeto tão narcisicamente investido, o que, como vimos, reatualizará em seu psiquismo suas próprias vivências de separação e de passividade desde o início da vida.

Buscando ilustrar alguns impasses no processo de separação, Cardoso (2007) mostra que o que estaria fundamentalmente em jogo nas patologias identitário-narcísicas, tal como as denomina Roussillon (2005), não seria exatamente uma angústia de perda do objeto como na neurose, mas uma angústia ligada, paradoxalmente, à impossibilidade de perdê-lo. Nos estados limites, o que é sentido é uma espécie de ausência de si, de vazio interno que só pode ser preenchido pela presença do objeto, como se fosse o outro quem me dissesse quem sou eu. Nesse sentido, o outro é necessário para que o sujeito se sinta existir. É como se o objeto fosse necessário para que a existência subjetiva fosse atestada, a possibilidade de perda sendo vivenciada, portanto, como assustadora: se o ego não pôde internalizar o objeto, a ausência deste será sentida como um desaparecimento ou como uma morte de si.

A angústia neurótica de perda do objeto diz respeito a um conflito interno entre instâncias, entre desejos contraditórios que têm como um aspecto a fantasia de ameaça de perda do amor do objeto. Nos estados limites, somos remetidos a uma vivência interna situada aquém dessa angústia, em cuja base teria dominado uma relação sob o modo da “servidão ao outro” (Cardoso, 2005). Esta seria uma modalidade de relação objetal na qual o objeto interno teria se mantido necessário, infalível e “único”.

Segundo Jaques André (1999), o objeto adquire estatuto de “único” nas situações de prevalência de elementos traumáticos e irrepresentáveis. O objeto “único” é convocado para dar conta da continuidade interrompida do ser, como tentativa de reparação do

narcisismo primário. O deslocamento e a possibilidade de perda, substituição e mudança objetal ficam impossibilitados de exercer suas funções, sob o risco de remeter o sujeito ao vazio, ao sentimento de morte de si que a perda do outro representaria.

O objeto “único” coloca em questão a própria noção de objeto na teoria psicanalítica. Ao definir os elementos da pulsão, Freud (1915/1996) indica que o objeto é o que nesta existe de mais variável, não havendo nenhum vínculo pré-determinado que o una ao impulso pulsional, caracterizando-se como atravessado pelo investimento erótico e pela simbolização, não sendo, portanto, nem natural nem fixo.

A característica “imperdível” do objeto diz respeito a um desarranjo nas primeiras relações mãe-bebê, colocando a mãe como insubstituível, impossível de ser vista como separada. Quando a alteridade não consegue ser negativa da, o reconhecimento de sua perda não poderá se efetuar de maneira consistente. Nestes casos, há a permanência em um modelo arcaico de dependência fusional, na qual o outro é transformado em uma parte de si tão fundamental que sua perda provocaria no sujeito o sentimento de desamparo mais elementar. O sujeito permaneceria “inseparável” do objeto como única possibilidade de existência psíquica e subjetiva.

A questão da separação e dos lutos na maternidade nos ajuda a compreendê-la como uma crise psíquica que comporta uma dimensão inescapavelmente traumática. Este traumático, ancorado na problemática da separação, parece ter sua base, principalmente, na exigência de ter que lidar com a questão das fronteiras, que reaparece com força total nesta experiência. É justamente esta dimensão dos limites e das fronteiras na maternidade que será importante objeto de nosso estudo no capítulo seguinte.

II – O TRAUMÁTICO CONSTITUTIVO DA MATERNIDADE: UMA QUESTÃO DE FRONTEIRAS?

Buscamos defender neste trabalho que há um aspecto inescapável da experiência da maternidade que diria respeito muito menos ao instinto e ao amor materno idealizado mas, principalmente, ao caráter necessariamente *traumático* dessa vivência. Nossa hipótese principal constrói-se em torno do pressuposto de que a maternidade traz consigo uma série de abalos e rupturas no psiquismo da mãe, que deles procurará dar conta, apoiando-se em seus mecanismos psíquicos mais ou menos elaborados. Pretendemos pensar na maternidade como momento psíquico necessariamente traumático, levando em conta uma série de arrebatadores eventos psíquicos que a gravidez e a chegada do bebê envolvem para a mãe.

Ao longo deste capítulo, procuraremos explorar as bases deste traumático constitutivo da maternidade, pensado principalmente a partir da questão das fronteiras. Na maternidade, o manejo destas relações fronteiriças apresenta uma singularidade que merece nosso destaque. A questão dos limites e fronteiras entre o eu e o outro nesta vivência subjetiva da mulher pode ser pensada em diversos aspectos: as fronteiras internas, as fronteiras entre o eu e o objeto externo e as fronteiras entre o corpo e o psiquismo, dentre outras.

Diante do excesso que a maternidade veicula no psiquismo materno, como ficam na mãe as fronteiras intrapsíquicas diante do objeto-bebê, que é, ao mesmo tempo, interno e externo? Quais são os limites entre o eu e o não-eu? Quais são as repercussões psíquicas na mãe do encontro traumático com o corpo que fica “sem fronteiras”? Seria possível pensarmos no traumático estruturante da maternidade como base de uma “loucura normal”?

II.1 – Trauma e alteridade

A questão do traumático tem papel fundamental na metapsicologia freudiana, sendo definida prioritariamente a partir do seu ponto de vista econômico. Neste sentido, o trauma se caracterizaria por um “afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas

excitações” (Laplanche & Pontalis, 1982/2001, p. 522). Não nos propomos aqui a descrever em detalhes toda a elaboração da teoria do trauma em Freud, mas nos debruçaremos principalmente em seus desdobramentos a partir de 1920, no qual se passa a entender o trauma como uma situação que deixa o ego sem recursos, frente a um ataque que pode vir tanto de fora quanto de dentro do próprio psiquismo.

As questões relativas ao excesso do afluxo de excitações e à incapacidade do ego de dele dar conta são os pontos principais a partir dos quais os autores que desenvolveram a obra freudiana e sua teoria do trauma se debruçaram. Na obra de alguns teóricos importantes, o trauma reaparece não apenas como uma questão conjuntural e contingencial, mas também como trauma necessário, que comparece na própria constituição de toda subjetividade, que é a entrada na ordem da sexualidade.

O traumático estaria na base dos processos psíquicos, passando a ser pensado não somente em seus aspectos dessubjetivantes, mas também em seus aspectos estruturantes. Longe de ficar “restrita” ao campo do abuso, do patológico, da desorganização, a teoria do trauma passa a ter também um valor vital e estruturante, estando na base da constituição psíquica, provocando no ego ainda não completamente diferenciado um processo de transformação e criação que levará aos diferentes modos de subjetivação, uma vez que desestabiliza momentaneamente as construções psíquicas operantes, podendo provocar desdobramentos de formas, sentidos e significações (Maia, 2005; Uchitel, 2001).

Um dos autores que desenvolve a questão do trauma desde o início da constituição psíquica é J. Laplanche. Em sua “teoria da sedução generalizada”, Laplanche (1987) coloca a questão do traumático inicialmente através da categoria das *mensagens enigmáticas*: as mensagens transmitidas têm um caráter de opacidade, que pode ser parcial ou total no sentido de que tanto aquele que a emite quanto aquele que a recebe estão impossibilitados de traduzi-la completamente, de forma tal que sempre se produz algum resto não traduzido ou não traduzível. Neste sentido, a mensagem transmitida carrega sempre um excesso de conteúdo que ultrapassa a capacidade de tradução e está invariavelmente ligada a um conteúdo sexual inconsciente.

A “sedução originária”, segundo Laplanche (1987), configura-se como “esta situação fundamental em que o adulto propõe à criança significantes verbais, inclusive comportamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes” (p.125). É justamente o caráter inconsciente e ignorado que essas mensagens possuem para o próprio

adulto que confere a dimensão traumática à sedução, razão pela qual Laplanche define tais mensagens como “significantes enigmáticos”.

O trauma, a mensagem sexual oriunda do outro, é o que escaparia sempre à eficácia tradutiva. O autor considera que as mensagens veiculadas pelos adultos se tornam corpos estranhos (ou estrangeiros) internos ao psiquismo infantil, e só podem ser parcialmente tratadas por meio de um trabalho de tradução ou simbolização. As mensagens estão comprometidas com o inconsciente do emissor, com a sexualidade inconsciente do adulto, veiculando sempre uma significação desconhecida e enigmática.

As mensagens enigmáticas veiculadas pelo adulto chamam a um processo de tradução, simbolização e deciframento, sendo que este trabalho é necessariamente parcial, de modo que parte destes conteúdos é processada e os restos não traduzidos destes significantes permanecem irreduzíveis, inconscientes, pulsantes e traumáticos (Uchitel, 2001, p. 113).

No que concerne às mensagens enigmáticas implantadas no psiquismo do bebê, tratar-se-ia de um traumático constitutivo, que inaugura no aparelho psíquico o trabalho de tradução, o qual, fracassando ou não, terá que permanecer presente durante toda a vida do sujeito. Trata-se de um processo comum, estruturante, que permite à criança processar os significantes enigmáticos em uma dupla vertente tradutiva e recalcante. Ao mesmo tempo que são transmitidas, as mensagens vêm com certo código, trazendo recursos da ligação. Estes recursos são oferecidos pela própria mãe – paradoxalmente, aquela que transmitiu o enigma em primeiro lugar. Neste sentido, o adulto sedutor impõe sua sexualidade inconsciente, mas, no campo de um traumático constitutivo, supomos a possibilidade, tanto no bebê quanto na mãe, de um trabalho de tradução.

A concepção do trauma para Laplanche, portanto, é ancorada na primazia da alteridade, como já indicamos no capítulo anterior deste trabalho. Ao nos referirmos à dimensão de alteridade, estamos considerando que esta inclui dois registros estreitamente articulados: o do outro interno e o do outro externo. Diante das mensagens enigmáticas alteritárias, o sujeito se constitui com base em uma posição de radical passividade diante do outro, diante da alteridade do outro. Este encontro é, desta forma, ao mesmo tempo, traumático e constitutivo (Villa & Cardoso, 2004).

Nosso interesse aqui é sublinhar, apoiados na teoria de J. Laplanche, como a constituição psíquica é marcada por uma dimensão traumática indissociável da efetividade do papel do outro (interno e externo). O traumático, portanto, evoca a questão relativa aos limites entre o eu e o outro interno e sua relação com o objeto externo, bem

como aos limites entre o corpo e o psiquismo e aos próprios limites da representação. A problemática dos limites ultrapassa o domínio da patologia, referindo-se, desta maneira, à própria constituição do psíquico, isto é, à delimitação das fronteiras intrapsíquicas e intersubjetivas e ao estabelecimento das relações entre mundo interno e realidade externa, tarefa sempre inconclusa, com a qual se defronta constantemente o sujeito. Estamos, portanto, ao longo de toda a vida diante da necessidade de lidar com os abalos e ressignificações da questão das fronteiras internas e externas. Consideramos a vivência subjetiva da maternidade como um momento privilegiado, em que a questão dos limites e das fronteiras psíquicas é colocada em xeque da maneira mais radical.

Do nosso ponto de vista, haveria um caráter potencialmente traumático na vivência subjetiva da maternidade. Ao engravidar e tornar-se mãe, a mulher estaria mais uma vez confrontada com a questão dos espaços psíquicos, dos limites externos e internos, convocando fortemente o eixo narcísico e o alteritário. Se no momento de sua constituição psíquica estava em jogo a delimitação das fronteiras internas e externas em relação ao seu eu e ao outro materno; no momento da gravidez, a filha de outrora torna-se mãe e precisará se (re)haver com a delimitação das fronteiras com o bebê que carrega. Neste sentido, levando em consideração o peso da alteridade e da problemática das fronteiras no traumático, poderíamos pensar a maternidade como uma problemática ligada à questão dos limites?

II.2 – Nas fronteiras da psicopatologia: a “loucura materna ordinária”

André Green (2008) foi um dos principais autores que trouxe destaque para a noção de limite em psicanálise. A palavra “limite” não pertencia ao vocabulário da psiquiatria, nem ao da psicanálise freudiana. No dicionário “limite” diria respeito a uma linha – real ou imaginária – de demarcação, que separa um território de outro. No entanto, conforme defende Green, trata-se, mais precisamente de um vasto território onde não há nenhuma divisão precisa que permita separar a loucura da não loucura (Green, 2008, *apud* Canelas Neto, 2013, p. 105).

Neste contexto, ao trazer a problemática dos limites, Green traz também a categoria da loucura. Em “Paixões e destinos das paixões” (2008), o autor busca distinguir a categoria de loucura da psicose, explicando que a primeira se refere a um campo mais ampliado, se aproximando do que se poderia chamar de “psicopatologia da vida

cotidiana”. A categoria de loucura chama atenção para um certo estado de desordem, de instabilidade que revela um funcionamento psíquico fronteiro para além da neurose, que se aproxima da psicose, apesar de não se equivaler a esta. A loucura conforme trazida por Green abre, portanto, todo um campo para pensarmos naquilo que é “normalmente anormal”, ou seja, para todas as situações necessariamente desorganizadoras frente às quais o sujeito irá transitoriamente “enlouquecer”.

A respeito dessa temática, André Green chama atenção para a relação da loucura com a experiência da maternidade. Ele propõe investigar a tese da “loucura materna” como um estado “normal” presente nas mulheres durante o período da gravidez e do início da maternidade, no intuito de ampliar a noção de “loucura” e questionar as fronteiras entre “normal” e patológico.

Não é novidade na teoria psicanalítica considerar a maternidade como uma experiência disruptiva que mobiliza os recursos físicos e psíquicos da mulher para dela tentar dar conta. Pensar a maternidade como essa vivência mobilizadora nos ajuda a compreender a frequente instabilidade psíquica e emocional que vivem as “recém- mães” durante a gravidez e os primeiros cuidados com o seu bebê. Esta instabilidade as deixa em um estado de “loucura” temporária que coloca em xeque os próprios limites entre o “normal” e o patológico na maternidade.

O autor denomina “loucura materna ordinária”¹ (*folie maternelle ordinaire*) o estado quase alucinatório de sensibilidade intensa da mãe, que provoca na mulher uma “remodelação completa de suas vivências, de sua relação com o mundo, da organização de suas percepções, recentradas por inteiro no filho” (Green, 2008, p. 257, tradução nossa). Segundo ele, a gravidez e a maternidade trazem consigo a realização do desejo de onipotência para a mulher e do desejo dela de ser para o filho o que ele é para ela: um objeto único, incomparável, a quem se deve tudo e a quem tudo lhe é sacrificado – isto na situação normal.

Jacques André (1999) explica que o estatuto de “único” dado ao objeto subverte a própria variabilidade que caracteriza o objeto da pulsão: “deslocamento, desequilíbrio, possibilidade de substituição... a dinâmica própria do sexual é a condição de possibilidade da mudança psíquica. E particularmente da mudança de objeto” (p. 81). O caráter fixado do objeto no psiquismo parece desafiar toda mobilidade, recusar toda mudança. A partir

¹ Pensamos que dizer em português “loucura materna ordinária” seria uma tradução muito pobre do termo francês. Entretanto, para manter o contraponto contido no título, decidimos manter. E isso se repete ao longo da tese inteira. (Nota do Revisor).

disso, podemos pensar que na loucura ordinária da maternidade, o objeto-bebê encarnaria para a mãe este papel de “único”, absoluto, necessário, podendo até ser comparado a um objeto adictivo, um objeto-droga. Assim como a mãe é para o bebê um objeto indispensável e insubstituível, o bebê também o é para a mãe. Neste jogo de posições, a mãe identifica-se com a passividade do bebê, estando agora totalmente fixada, devotada. Enquanto despense os cuidados necessários ao bebê, revive em si mesma a passividade do bebê que ela mesma foi.

Quando o objeto atinge este estatuto de “único”, conforme desenvolve Cardoso (2010), o sujeito encontra-se passivo, em um estado que pode ser considerado como uma paixão mortífera, uma “servidão ao outro”. Tais construções estão sendo pensadas a partir da problemática dos estados limites, em que a relação objetal, ao menos parcialmente, traz a marca de um funcionamento de tipo absoluto. Ao transpormos esta problemática para a questão da maternidade, poderíamos pensar que esta forma de “loucura materna ordinária” seria também um estado de “servidão ao outro”? Ao entrar neste estado “quase alucinatorio” de cuidado com o bebê, não estariam as mães em um funcionamento “limite”?

Como vimos acima, Green considera a loucura materna ordinária como condição necessária para a identificação da mãe com o bebê e para o desenvolvimento saudável da criança, mas o faz dando ênfase ao aspecto pulsional e sedutor aí envolvido. Neste sentido, a loucura materna seria necessária para a constituição do ego do bebê, desempenhando a mãe um papel de ego auxiliar, de continente e espelho. É quando essa forma de “loucura” não tem lugar que podemos suspeitar de uma situação inquietante, além do “normal”.

Destaca-se neste momento a função de sedução do objeto materno sobre a qual já nos debruçamos: a passividade da criança frente aos conteúdos inconscientes que lhe são transmitidos pela mãe revela a presença, *na própria mãe*, de uma situação de passividade pulsional, tanto em relação ao bebê que ela foi outrora, quanto ao seu inescapável papel de sedutora.

Ressaltamos que, ao utilizar a noção de loucura materna ordinária, André Green evoca a presença de uma dimensão fundamentalmente sedutora em toda relação mãe-bebê, o que nos remete aos aportes de Jean Laplanche (1987) a respeito de sua teoria da sedução generalizada, centrada na categoria de “mensagens enigmáticas”, conforme já desenvolvemos. No entanto, no que concerne a uma perspectiva voltada para o

funcionamento psíquico materno, Laplanche e Green não foram os primeiros autores a se voltar para este estado inicial de “loucura”.

Winnicott (1956/2000) foi um dos primeiros autores a se debruçar sobre o estado da mãe no final da gravidez e nos primeiros meses do bebê. Ao se preocupar com o desenvolvimento infantil, começa a dar destaque ao papel da mãe, explicando que o ambiente suficientemente bom é o que permite à criança “alcançar, a cada etapa, as satisfações, conflitos inatos e pertinentes”. Ele explica que existe uma identificação da mãe com o bebê, que a faz lidar de um modo todo especial com as suas necessidades. Winnicott busca então reunir na expressão “*preocupação materna primária*” os diversos conceitos e noções aos quais tinha acesso naquele momento a respeito do lugar da mãe no desenvolvimento infantil.

Ele descreve a preocupação materna primária como um estado de “loucura” e de hipersensibilidade vivenciado pela mãe diante da experiência subjetiva da gravidez e do nascimento do bebê. Esse estado seria mais presente no final da gravidez e duraria algumas semanas após o nascimento do bebê. Para Winnicott, as mães dificilmente recordariam e tenderiam até a reprimir a lembrança deste momento, depois de ultrapassado (Winnicott, 1956/2000).

O autor insiste sobre a necessária sensibilidade materna ao desenvolvimento psíquico do bebê. Reconhecida mais como um ambiente para excitação do que como uma pessoa, a mãe “devotada comum” é capaz de se identificar com seu filho, de ter a intuição de suas necessidades, não somente físicas, mas emocionais. Ela será suficientemente boa quando puder dosar suas intervenções, ser empática sem invadir, e se retirar progressivamente para deixar o campo ao ego da criança que cresce. O materno é o suporte do ego imaturo, graças às capacidades de solicitude da mãe.

A preocupação materna primária, o estado de “adaptação ativa”, parte integrante desse processo, é considerada de extrema importância para que o bebê possa vir a vivenciar a experiência de ilusão. Em Winnicott (1956/2000), a experiência de ilusão implica a conceituação de um território intermediário entre o interno e o externo, que se constitui a partir de um paradoxo: uma mãe suficientemente boa deve se identificar com seu bebê permitindo que surja uma superposição entre o seio que o bebê acredita estar criando e aquele que ela lhe oferece.

Na verdade, para Winnicott, “não há distinção entre o seio oferecido pela mãe e o seio criado pelo bebê já que o bebê mama de um seio que é parte dele mesmo, e a mãe alimenta um bebê que é parte dela própria” (Garcia, 2007, p.172). Ao mesmo tempo em

que é absolutamente dependente dos cuidados dispensados pela mãe, o bebê é também onipotente, e sente como se ele mesmo criasse o seio do qual se alimenta, e os cuidados que recebe: ele se acredita fazendo parte da mãe da qual depende maximamente e é o mesmo bebê potente e criativo que se sente criando onipotentemente o ambiente do qual depende de maneira absoluta.

O paradoxo por parte da mãe suficientemente boa reside na sua capacidade de preservar o bebê da dependência infantil e da existência dos cuidados maternos: a mãe torna real aquilo que a criança onipotentemente acredita fazer aparecer. É assim, em silêncio, que o mundo materno opera a serviço do *infans* que alucina. Só as falhas fazem barulho. A mãe, assim como o mundo que ela coloca perfeitamente ao alcance da criança, pode ser vivida como um dado alucinado e investido pelo bebê. Exclusivamente preocupada com o bebê e “doentamente” sensível, a mãe realiza um movimento de identificação “louco” que traz um resultado também “louco”: a mãe é o bebê, ao mesmo tempo em que é ele quem a cria. É uma forma de loucura que carrega o desenrolar silencioso da experiência de ilusão inicial da criança. É sobre essa “loucura normal” da mãe que repousam os primeiros fundamentos da saúde psíquica do bebê.

A preocupação materna primária supõe a existência de um estado especial que daria às mães condições de estarem presentes para seu bebê no momento e no lugar certo, ou seja, uma capacidade de adaptação às necessidades do bebê, o que permite que este possa descobrir o mundo de forma criativa. É o que permite à mãe suficientemente boa identificar-se com o bebê e, desta forma, criar condições para que este tenha um desenvolvimento emocional saudável.

Do lado da mãe, o autor descreve esse estado como uma “doença normal”, como uma dissociação esquizoide, fazendo com que a mãe, por certo tempo, volte-se inteiramente para seu bebê, identificando-se com ele. Acrescenta ainda que, caso olhássemos para essa mulher sem a presença do bebê, esse estado poderia ser considerado como autêntica patologia mental. Contudo, numa mãe saudável, tal estado tende a sofrer naturalmente uma diminuição ao longo da evolução do processo de desenvolvimento do bebê. Winnicott (1956/2000) pontua que se utiliza da palavra “doença” para dar destaque à necessidade de a mulher ser “suficientemente saudável” para conseguir desenvolver este estado e sair dele, à medida que o bebê se desenvolve.

Este estado organizado, nomeado como uma doença, poderia ser comparado a um estado de retirada, de dissociação, a uma fuga ou mesmo a uma perturbação que se produz em um nível mais profundo, tal qual um episódio esquizoide, no qual certo aspecto da

personalidade toma temporariamente a superfície. Uma mulher deve estar em “boa saúde” para desenvolver e depois sair deste estado. O paradoxo é forte e as palavras escolhidas por Winnicott também: para ser normal, o bebê tem necessidade de que sua mãe seja louca; se ela não o é, não é normal; e é a presença do bebê que torna esta loucura normal.

Régine Prat (2013) busca explicitar esse paradoxo loucura/normalidade através da descrição de algumas situações da experiência da maternidade: se uma mulher começa a se perguntar “o que será que ele quer?”, “por que será que me olha desse jeito?”, “será que ele está chateado comigo?”, “será que ele acha que eu lhe fiz mal, que eu não lhe dei aquilo de que tinha necessidade?”, “será que ele não me quer mais?”, todos pensariam que ela estaria paranoica. Um psiquiatra suspeitaria de delírios, buscaria saber desde quando isso começou, se evoluiu ou aumentou. No entanto, se se trata de uma mãe que se pergunta se, quando o bebê chora desta ou daquela maneira, isto quer dizer que ele tem frio ou fome, se seu leite é responsável pelas cólicas de seu bebê e se percebe as mínimas expressões de seu olhar para as interpretar, acharíamos isso completamente normal, próprio de seu trabalho psíquico de mãe que aprende a conhecer seu bebê.

A autora continua: se alguém volta vinte vezes para verificar se fechou a porta ou apagou o gás, vão considerá-la neurótica obsessiva. Mas se se trata de uma mãe que verifica vinte vezes se seu bebê está dormindo ou se respira, a considerariam muito normal. Da mesma maneira que se uma pessoa limpa a maçaneta antes de colocar a mão ou evita encostar em qualquer superfície com medo de estar contaminada por germes, falar-se-ia de uma fobia, enquanto a extrema precaução sanitária das mães de esterilizar mamadeiras e chupetas e verificar a limpeza dos ambientes são recomendações médicas para garantir a saúde do bebê. Se estamos absorvidos por um único assunto ou uma única pessoa, fala-se de obsessão ou de “monomania”, mas consideramos normal que uma mãe esteja exclusivamente preocupada com seu bebê e inteiramente consagrada a ele.

Corroborando este ponto de vista acerca da loucura normal da maternidade, Paraboni e Cardoso (2013) defendem que os cuidados maternos primários podem ser aproximados de uma situação de hipocondria: de forma análoga ao hipocondríaco que exerce hipervigilância e auto-observação exacerbada sobre o próprio corpo, a mãe precisa estar hiperatenta para escutar e interpretar o corpo do bebê. Neste sentido, o funcionamento psíquico materno pode ser considerado “hipocondríaco”, no sentido de que o bebê se torna “órgão hipocondríaco da mãe”, que nele detecta todo tipo de alterações em seu funcionamento corporal.

A partir desse funcionamento “hipocondríaco” da alteridade materna – que compreende também a qualidade da presença do objeto materno – virão se estruturar os recursos psíquicos e corporais que garantirão a sobrevivência do sujeito e também a constituição de sua experiência corporal. Assim, para a sobrevivência psíquica, revela-se fundamental um certo grau de escuta do corpo, pressupondo uma escuta/experiência materna algo “hipocondríaca” das alterações desse corpo (Paraboni & Cardoso, 2013, p. 114).

Sem essa espécie de “capacidade diagnóstica” não seria possível conter o sofrimento da criança, interpretar adequadamente o que se passa no seu corpo. Para cumprir seu papel estruturante em relação ao bebê, a mãe precisa agir de forma “hipocondríaca”, como uma loucura normal que permite interpretar e dar sentido ao corpo desamparado do bebê.

Os exemplos são múltiplos e apontam para esse entrelaçamento entre o normal e o patológico: o “normal” para a mãe é o “anormal” de todas as outras relações. Esta doença normal da mãe não é somente contingente, mas é indispensável, porque corresponde à necessária modificação do campo perceptivo e ao alargamento dos meios de comunicação em direção a uma tomada em conta da linguagem corporal não verbal.

Winnicott (1956/2000), ao comparar esse estado de “doença normal” da mãe a um estado de dissociação esquizoide, chama atenção para o paradoxo entre um grau pronunciado de fechamento, de ausência do mundo por parte da mãe e uma abertura quase alienante a um objeto exclusivo. O autor destaca o processo identificatório mãe-bebê, no sentido de que o “eu sou o bebê” da mãe trata-se de uma relação de empatia, na qual a mãe se coloca no lugar do bebê. Mas será que o movimento identificatório se reduz a uma relação de empatia? A identificação evoca um aspecto que Winnicott parece negligenciar: como é possível “abrir mão” do seu próprio narcisismo em prol dos investimentos objetivos? É preciso destacar aqui a dimensão pulsional e passional presente no movimento identificatório da mãe. A identificação se relaciona ao amor narcísico, segundo Freud (1914). Freud aponta que a identificação é o primeiro modo de ligação ao objeto, no sentido de que, no início da vida psíquica, identificação e investimento objetal se confundem.

Yi (2006) aponta para a dimensão do *Unheimliche*, o estranho, que cria no psiquismo materno um estado de ocupação por um único objeto. A figura da mãe “dedicada comum” sublinha o movimento centrífugo do processo identificatório: a mãe, mais do que considerar o bebê como parte dela mesma, se entrega e se identifica com ele,

evocando, assim, o bebê que ela mesma foi ou que brincou de ser. A mãe suficientemente boa faz ecoar a criança que ela própria foi.

O funcionamento materno voltado quase exclusivamente para o bebê e o fechamento para tudo que vem do exterior poderiam fazer com que pensássemos em um estado de esvaziamento da libido egoica da mãe em proveito da libido objetal. Entretanto, ao superinvestir a libido objetal no bebê, a mãe não está direcionando seu investimento objetal para “fora”, já que está profundamente identificada com o bebê que carrega, mas também com aquele que ela mesma foi (Yi, 2006).

Ao dar ênfase para o mecanismo de identificação intensa na qual a mãe se encontra em relação ao bebê, a autora nos remete à passividade: passividade do bebê frente aos conteúdos enigmáticos transmitidos pela mãe e, ao mesmo tempo, passividade da mãe em relação ao seu próprio sexual enigmático, que tem como imperativo o ser transmitido.

II.3 – Fronteiras entre gerações: a transmissão psíquica

A chegada da maternidade e de um novo bebê na família colocam em cena a diferença entre gerações e a necessidade de reorganização familiar e dos lugares de cada integrante da família: filhos tornam-se pais, pais tornam-se avós... Neste movimento, vemos emergir com força total conteúdos inconscientes e marcas sem inscrição que se transmitem ao recém-chegado membro da família. O bebê é perpassado pela história que o precede e o atravessa, incluindo as lacunas desta história (Inglez-Mazzarella, 2006).

G. Moulin (2009) aponta que a vivência da maternidade pode ser considerada ao mesmo tempo um “terremoto” físico e psíquico, que se traduz obrigatoriamente pela fragilidade emocional da mulher neste período. Um dos principais pontos de extrema fragilidade nesse “terremoto” emocional é que a chegada de um novo bebê, no conjunto da constelação familiar, vai perturbar a totalidade da cadeia geracional. Para explicar este ponto, ela traz o exemplo clínico dos sonhos da futura mãe durante a gravidez, os quais retratam muito frequentemente a morte de suas próprias mães, podendo ser muito claros em seu conteúdo aparentemente mórbido e traumatizante. Ela analisa estes sonhos considerando-os não apenas como a realização de um desejo (Freud, 1900), mas como sinal de um trabalho de elaboração: uma tentativa de traduzir em linguagem do sonho os pensamentos concernentes a esta nova situação psíquica. O sonho de morte da mãe representaria, assim, a colocação em linguagem do sonho daquilo que se passa sobre um

plano simbólico quando a mulher, filha até então de sua mãe, vai tornar-se agora mãe, tomando esse lugar. Isto é, a mãe tomará o lugar precisamente de sua própria mãe; e assim irá “matá-la”, transformando-a em “avó”.

A transmissão psíquica geracional tem, por um lado, um aspecto constitutivo. Aquilo que foi transmitido através das gerações anteriores se faz presente na vida da criança por meio dos conflitos infantis dos pais dela, abrindo a possibilidade para a inscrição e elaboração na nova geração. O nascimento de um bebê é como um elo entre as gerações precedentes e as gerações futuras, e o bebê, em certos casos, tem a possibilidade de fazer surgir o inédito, de transformar o conteúdo recebido. Do lado da mãe, estar agora no papel de transmissora a recoloca novamente diante dos conteúdos que lhe tinham sido transmitidos, abrindo também uma nova possibilidade de inscrição.

Para a mãe, a necessidade de transmitir conteúdos psíquicos através das gerações seria resultante de exigências pulsionais inconscientes em que permanecem ora exigências narcísicas de conservação e continuidade da vida psíquica, ora outras, do ideal do ego e do superego, ou seja, a transmissão de proibições fundamentais. De uma maneira ou de outra, sempre haveria a necessidade de *transferir-transmitir* a outro psiquismo o que não pode ser mantido no próprio sujeito. Assim, a transmissão não se fundaria no conteúdo em si daquilo que é transmitido, mas no próprio ato e necessidade psíquica de transmitir. O processo de transmissão materna seria como um imperativo psíquico: uma urgência, como impulso em transmitir, relacionado a um imperativo psíquico incoercível.

Ao abordar a transmissão psíquica, estamos chamando atenção para o fato de que o sujeito se constitui a partir de uma dimensão intersubjetiva, da presença e da ausência do outro. O ponto de partida da constituição do eu é sempre o outro, outro intrapsíquico, outro intersubjetivo. O nascimento de um filho coloca em primeiro plano a questão da transmissão para a mãe: estando ela agora no papel de transmissora, como ficam os limites entre o eu e o não-eu? O que nela vem do outro? Como preservar sua constituição narcísica diante daquilo que foi herdado e do que será passado para a geração seguinte?

O processo de transmissão mobiliza conteúdos inconscientes, reativando conflitos infantis narcísicos e edípicos. Exercer a função materna implica lidar com estes conteúdos que reaparecem no momento da constituição de sua própria descendência. Sensível às palavras, o bebê herda uma história feita justamente de palavras e daquilo que escapa às palavras, podendo significar e ressignificar os conteúdos transmitidos, o que só é possível a partir daquilo que a mãe transmite.

No que diz respeito ao processo materno de transmissão, Stern (1997) fala sobre a “constelação da maternidade” como uma organização temporária do funcionamento psíquico da mãe. A constelação da maternidade se relaciona a uma trilogia de preocupações e discursos: o discurso da mãe com sua própria mãe, especialmente com a mãe de sua infância; seu discurso com ela mesma, especialmente com ela mesma como mãe; e seu discurso com o bebê. Essa trilogia da maternidade passa a ser sua maior preocupação, requerendo um profundo realinhamento de seus interesses e desejos.

Durante a gravidez e no período pós-natal, a constelação da maternidade se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mãe, deixando temporariamente em segundo plano a organização edípica como eixo organizador nuclear. A tríade edípica de mãe, mãe-da-mãe, pai-da-mãe e sua reedição mãe-pai-bebê, saem de cena para dar lugar a uma nova tríade psíquica: mãe-da-mãe, mãe, bebê.

Os estudos de Stern ressaltam a importância da revivência na própria mãe da sua experiência como bebê e dos cuidados que pôde receber. As representações da mãe sobre sua própria mãe são revividas na relação que a mãe estabelecerá com seu próprio filho. No entanto, o aspecto mais importante do futuro comportamento materno não é o que ocorreu no passado, mas sim a forma como a história passada é organizada em uma narrativa, de tal modo que a narrativa da história passada pode ser tão relevante como a história passada em si.

P. Aulagnier (1979) aponta para a função metabólica do discurso da mãe em relação ao bebê. O discurso da mãe é porta-voz do *infans*, sendo desde o nascimento responsável por comentar, predizer, acalantar todas as manifestações do bebê e incluí-lo num discurso maior, servindo para ele como uma prótese a partir da qual seu próprio eu poderá se constituir. Podemos supor, a partir da autora, que a mãe oferece ao bebê um material psíquico já remodelado pela sua própria psique, já inserido em um psiquismo marcado pela sexualidade adulta. Do lado do bebê, ele recebe esse “alimento” psíquico e o reconstrói tal qual ele existia em sua forma arcaica para a mãe que, por sua vez, o tinha recebido da sua própria mãe. Vemos com isso como Aulagnier destaca a tríade psíquica da qual falamos acima: mãe-da-mãe, mãe, bebê.

A autora também nos dá pistas para pensarmos certa “loucura normal da maternidade” ao trazer a questão da violência da interpretação como fundamento da constituição psíquica do bebê.

[...] uma análise do desejo inconsciente da mãe pela criança mostrará *sempre* a participação de um desejo de morte e de um sentimento de

culpa e a inevitável ambivalência suscitada por este objeto que ocupa, nesta cena, o lugar de um primeiro objeto perdido: retorno acompanhado dos afetos vivenciados por este primeiro objeto, cujo lugar ele vem agora ocupar (Aulagnier, 1979, p.111).

Existe uma universalidade no sentimento de ambivalência da mãe que não está atrelada a uma psicopatologia, mas fala da violência que comporta a maternidade e a dificuldade de estar no papel de porta-voz e de transmissora desta violência, revivendo na própria mãe o momento em que ela ocupou o lugar de objeto de discurso do outro. Conforme vimos pontuando, trata-se então de um movimento identificatório da mãe com o bebê e com o bebê que ela mesma foi.

Na violência primária há um movimento de “antecipação” por parte do discurso materno, que submete o bebê a uma ação psíquica, escolha, pensamento ou ação imposta, motivados pelo desejo daquele que os impõe – no caso, a mãe. Nesse sentido, o bebê sempre se confronta com uma experiência, um discurso e uma realidade que antecipam sua possibilidade de resposta, mas que são fundamentais para permitir seu acesso à ordem do humano. Esta “antecipação” precede o próprio nascimento do sujeito, uma vez que o discurso materno se projeta, a partir dos movimentos fetais, sobre o corpo do *infans* como objeto do saber da mãe.

O fenômeno da “antecipação” começa desde a gravidez e proporciona à mãe a possibilidade de começar a dar lugar e representar o bebê que ainda nascerá. Na gestação, a mãe vai gradualmente representando o bebê como um “corpo imaginado”, como uma imagem dessa criança que ainda não está ali, sempre muito ligada às exigências narcísicas da própria mãe. Segundo Aulagnier, é a análise da relação da mãe como porta-voz no movimento de “antecipação” do bebê que permitirá a elucidação da problemática identificatória que tem como eixo a transmissão, de sujeito a sujeito, de geração em geração, de elementos recalcados na mãe necessários à constituição egoica do bebê.

Numa das faces desse movimento identificatório, a mãe desinveste seu próprio ego em prol do objeto, ficando em um estado de vulnerabilidade pela sua identificação ao estado de dependência absoluta do bebê. Ao desinvestir seu próprio ego da libido narcísica em prol do objeto, o ego materno corre o risco de desintegração, o que suscita inevitável ambivalência. A imagem da mãe que carrega seu bebê no colo é emblemática: o bebê se deixa carregar sem nenhuma ideia do risco de poder cair, mas a mãe sabe que seus braços podem falhar. A visão do bebê dormindo tranquilamente nos seus braços desperta na mãe uma marca de confiança absoluta, ao mesmo tempo deliciosa e perigosa. Interessa-nos ressaltar aqui o aspecto ambivalente desse amor materno: a mãe é aquela

que ao mesmo tempo traumatiza e ampara, como na célebre citação de J. Laplanche: “[...] o principal perigo contra o qual a mãe protege [o bebê] é a própria mãe” (Laplanche, 1998, p. 342).

Se pensarmos, por exemplo, na imagem da Virgem Maria com o Menino Jesus no colo, retratada tão frequentemente pelos pintores do Renascimento, podemos nos remeter a essa experiência identificatória presente na maternidade. Maria tem sempre o rosto de uma jovem mulher grávida ou recém-mãe que dá o peito e cuida do bebê. Mas o que mais chama atenção nas *madonas* é seu olhar oblíquo: seus olhos se dirigem para baixo, para fora, mas sempre para seu interior. A direção do olhar não vai para a criança, mas para o interior da própria recém-mãe. Segundo Bydlowski (2007), este é, sem dúvidas, o retrato plástico do psiquismo da mãe nos primeiros cuidados com o bebê: uma atração intensa pelo *objeto interno*, pelo bebê que ela foi, dependente dos cuidados maternos. A mulher grávida traz em sua realidade interior suas próprias emoções mais antigas: o bebê de outrora carrega o bebê que vai nascer, e se recorda em seu corpo de suas próprias emoções. O olhar oblíquo do qual fala Bydlowski é reflexo do mundo interior da mãe, podendo ser considerado uma metáfora da crise emocional e maturacional que a mulher atravessa durante esse período da sua vida. Tal crise é perceptível graças à particular *transparência* do psiquismo dessas mulheres.

II.4 – O rebaixamento das fronteiras internas: a transparência psíquica

Monique Bydlowski (2007) descreve o fenômeno que chama de “transparência psíquica” como algo que também aproxima a gravidez e a maternidade da “loucura normal”: “Este fenômeno que, clinicamente, muitas vezes caracteriza condições graves, sobretudo a psicose, se apresenta na mulher grávida como um acontecimento comum” (p. 100, tradução nossa). A autora considera a maternidade como uma crise psíquica, explicando que, em seus cuidados cotidianos com o bebê – entonações, sorrisos, expressões consoladoras, o sentimento de solidão ou de abandono –, a mãe coloca em ato representações de seu passado, seus vividos e seus traumas. Até mesmo as mulheres consideradas “psiquicamente sãs” estariam nesse momento com os limites entre o intrapsíquico e o intersubjetivo abalados, sendo o bebê ausência e presença, atual, mas ao mesmo tempo representado unicamente por elementos do passado da mãe.

A descrição da transparência psíquicas e dá desde as primeiras semanas de gravidez, nas quais se percebe um desequilíbrio relacional na vida da mãe, onde um estado particular se desenvolve, um pedido de ajuda latente, ambivalente e quase permanente. A maioria vive certa retirada do mundo exterior, seja das relações de trabalho ou das relações afetivas. Além disso, ao longo desse período essas mulheres estabelecem evidente correlação entre a gravidez atual e as lembranças de seu passado de tal modo que antigas fantasias habitualmente esquecidas afluem com força à memória, sem serem taxadas pela “censura”.

A transparência psíquica diz respeito a certo rebaixamento das fronteiras internas entre as instâncias psíquicas. Neste fenômeno, a experiência subjetiva da maternidade parece permitir mais facilmente que os fragmentos pré-conscientes e inconscientes cheguem à consciência. Para algumas mulheres, estes fragmentos invasivos podem comportar fantasias incestuosas ou temáticas narcisistas, além de conteúdos marcados por regressão oral, anal ou fálica, por exemplo. Outras vezes, esses fragmentos remetem a um afeto puro de tristeza sem motivo aparente.

Metapsicologicamente, a autora descreve a transparência psíquica como um estado psíquico particular no qual há maior abertura e permeabilidade para com o inconsciente, permitindo o retorno de certas fantasias e memórias infantis, motivadas por afluxo regressivo.

Na transparência psíquica haveria desequilíbrio narcísico, estando as fantasias e os conflitos internos à flor da pele, havendo rebaixamento dos mecanismos de defesa habituais que garantem o recalque e mantêm inconscientes os conteúdos infantis. Normalmente, a vida interior permanece protegida da irrupção intempestiva do passado graças à ação do recalque. Durante a gravidez e os primeiros momentos da maternidade, essa força psíquica parece estar em crise, não podendo assegurar sua função protetora.

Assim, lembranças escabrosas ou inconfessáveis podem, sem pudor, ser distribuídas em palavras. As reminiscências que afluem dizem respeito frequentemente à sexualidade infantil em seu aspecto mais misterioso para a criança de outrora e que a imaturidade mantinha isolada dos segredos dos adultos (BYDŁOWSKI, 2007, p. 105, tradução nossa).

No início da gestação, o bebê é simplesmente uma ideia, e só após algumas semanas tal ideia será apoiada por percepções sensoriais internas. No entanto, esta percepção é narcísica, posto que aponta para um objeto que pertence à própria mãe. O psiquismo da futura mãe é invadido progressivamente por tal percepção, que adquire tamanha intensidade que nenhuma realidade virá limitá-la até o dia do nascimento.

Intensidade que é comparável à do apaixonamento amoroso, em que se retira a libido do interior em direção ao objeto externo. No entanto, diferentemente do estado de paixão amorosa, na gravidez o objeto não é distinto de si mesmo.

Esta presença frequente de elementos fortemente recalcados na mulher grávida caminha junto, segundo a autora, com um “silêncio” em relação ao filho esperado. Para ela, esse silêncio se relaciona com a erotização do objeto: quando tudo vai bem, não se diz nada sobre a criança. O silêncio se refere, neste caso, a um hiperinvestimento. A criança esperada é ignorada, não conhecível, sujeito silencioso que sempre surpreenderá, irredutível a uma repetição do destino de seus antecedentes. O que está em jogo para a mãe são suas próprias fantasias e lembranças infantis inconscientes que afloram com toda a força e a colocam, identificada com o bebê que carrega, neste estado de transparência psíquica.

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 a ideia de transparência psíquica. A transparência psíquica pode ser então 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 recalcados, que ativamente procuram uma saída para a consciência, encontrem-na de forma facilitada (França, 2013, p. 49).

A transparência psíquica pode ser entendida, portanto, a partir da compreensão da dinâmica das forças psíquicas: há, por um lado, hiperinvestimento sobre a criança, que abre caminho para um retorno das fantasias infantis da mulher; e, por outro, rebaixamento das defesas sobre os conteúdos inconscientes maternos.

A transparência psíquica diria respeito também ao retorno na maternidade de angústias primitivas, anteriores à aquisição da linguagem. Gostaríamos de sublinhar aqui que a ideia de transparência psíquica nos leva a pensar também em um ego tomado, passivo diante do excesso pulsional traumático – constitutivo ou desestruturante –, que “deixa passar” conteúdos inconscientes.

A mãe já foi um dia como esse bebê que ela cuida, frágil e à mercê da presença e da ausência dos cuidados maternos. Se ela mesma teve um ambiente suficientemente bom, o bebê de outrora pôde ir engendrando, gradualmente, num ritmo tranquilizador, um sentimento de existência e de continuidade de si. Os cuidados maternos adequados

permitem a constituição de um objeto interno, fórmula metaforizada desses cuidados maternos tranquilizadores.

Na maternidade, as transformações corporais e subjetivas demandam que o ego dê conta de modificações radicais e o ego é justamente a instância que, em certos casos, irá resistir a elas. Como esta alteração da composição egoica é inevitável e necessária, terá valor de ataque ao narcisismo, causando no sujeito sensações de angústia e desamparo.

Assim como o ego estaria tomado pelo excesso pulsional, na gravidez a própria mãe estaria tomada por esse novo ser que a invade por dentro. Mesmo antes e, é claro, também após o nascimento, a fronteira entre o eu e o objeto externo tem relevo fundamental na experiência da maternidade. Inicialmente, a mãe estaria totalmente identificada e fusionada com o seu bebê, para o qual ela ocupa papel de transmissora e sedutora, como vimos anteriormente. A dimensão de alteridade entre o eu e o objeto externo é colocada em questão, levando em conta também o necessário trabalho de separação que terá que ocorrer.

Bydlowski (2007) afirma que a gravidez é o período da vida em que o objeto interno toma uma figuração, o volume do ventre aumenta, o feto dá chutes no interior da barriga da mãe. Deixando de ser pura metáfora, o objeto interno vem habitar uma realidade tangível, adquirindo determinada concretude. Nesse sentido, é impossível pensarmos na gravidez e na maternidade sem levarmos em conta as mudanças corporais e as ressonâncias psíquicas que provocam.

II.5 – Fronteiras entre o eu e o corpo

Como fica a questão das fronteiras entre o eu e o corpo na gravidez e na maternidade? A força do encontro com o real do corpo na vivência da maternidade é algo incontornável em nossa argumentação. Na maternidade, o psiquismo é de certa forma “dominado” por esse real do corpo, que se aproxima muito à dimensão biológica / animal. A mulher grávida passa pelas etapas de gerar, parir e amamentar, o que a confronta a uma espécie de retorno ao funcionamento instintual, como se a pulsão se “des-apoiasse” do instinto. A noção de apoio em Freud, fundamental para a concepção da sexualidade, diz respeito a como as pulsões se apoiam nas funções vitais que lhes fornecem fonte orgânica, pressão, meta e objeto: a função corporal fornece à sexualidade a sua fonte, indica-lhe um

objeto e causa-lhe um prazer que não é redutível à satisfação da necessidade. A ideia de apoio concerne, portanto, ao movimento de constituição do próprio objeto-fonte da pulsão.

Na maternidade, poderíamos supor estar em jogo um estranho movimento de “des-apoio”, no sentido de uma tendência regressiva do objeto do desejo ao objeto da necessidade. Segundo Cardoso (2005), esse movimento de retorno ao plano da necessidade precisa ser cuidadosamente relativizado, uma vez que não se trata de um retorno total ao corpo-organismo, mas a um corpo erógeno, já que estamos dentro do espaço psíquico, do espaço da subjetividade. Apesar de não haver um retorno total ao corpo-organismo, é impossível não considerarmos que a experiência da gravidez e da maternidade traga consigo um retorno a um momento arcaico, a um encontro com o real do corpo e sua condição biológica.

Do ponto de vista biológico, durante a gravidez a mulher passa por profundas mudanças corporais, tanto externas quanto internas: seu corpo se ajusta à nova tarefa de formar e alimentar um bebê. Dentre as mudanças estão o ganho de peso, o aumento do volume dos seios, alterações nos cabelos e na pele, aumento da produção de vários hormônios que já existem, bem como a produção de outros, novos, próprios da gestação, como é o caso da gonadotrofina coriônica humana (HCG). A gestante sofre ainda alterações na circulação, na pressão arterial, na respiração e no metabolismo (Folino, 2014).

Podemos pensar que essas alterações hormonais e fisiológicas podem ser descritas como uma espécie de “tsunami”, de uma “transgressão” no corpo feminino, e essa metáfora parece emblemática do que se passa física e psiquicamente com uma mulher que engravida. Segundo Cardoso (2002), transgredir implica “passar além de, atravessar”, o que evoca a noção de fronteira, de limite. Ao se inspirar na expressão “transgressão marinha”, que se refere a um movimento de “invasão marinha” de um trecho do continente, a autora nos fala de uma “transgressão pulsional”: assim como o mar invade a terra, o território egoico é invadido por um excesso pulsional.

Na gravidez, assim como o ego estaria tomado pelo excesso pulsional, conforme vimos desenvolvendo ao longo do capítulo, a própria mãe estaria tomada por esse novo ser que a invade por dentro. Bydlowski (2007) explica que este corpo da criança que invade a mãe por dentro não forma parte das representações inconscientes maternas, mas, no final da gravidez, sua presença é causadora de “excitações endossomáticas”. Quando a futura mãe percebe os movimentos ativos do bebê, isso se converte em pura sensação

interna. Com a proximidade do parto, haveria então na futura mãe uma angústia pela proximidade da perda de uma parte do interior dela mesma: percebido do interior, o bebê é um objeto móvel que empurra, excita e aterroriza a mãe.

Prat (2013) diz que a verdadeira loucura da maternidade está ligada ao fato de que o corpo se torna habitado, e é receptáculo para outro corpo que está se desenvolvendo dentro dele: um corpo estranho, mas que faz parte de si. A gravidez representa uma mudança corporal extremamente rápida sem nenhum equivalente na história biológica de uma pessoa. Na experiência da gravidez, nesse tempo extraordinariamente curto de nove meses, a mulher vê seu corpo se transformar de maneira radical, para se transformar novamente depois do parto. Estar grávida é se confrontar ao “inacreditável, mas verdadeiro” enigma guardado no fundo de si desde os anos de infância: quando toda criança se pergunta como se fazem os bebês, ela elabora as teorias sexuais infantis. A gravidez pode ser encarada, neste sentido, como uma ressignificação destes questionamentos, que foram diversamente elaborados seguindo os avatares da história pessoal de cada um e se encontram assim submetidos ao teste de realidade: sob todo desejo de se fazer uma criança, se esconde o desejo de verificar e de ver “como se faz”, de verificar este inacreditável.

A autora explica que o parto, quaisquer que sejam as condições reais do nascimento, é sempre de extrema violência: mesmo sem dor, mesmo “normal”, é fisicamente uma extirpação violenta e brutal se aparentando a uma amputação. O parto confronta a mulher a uma experiência eminentemente traumática de perda dos limites de si: trata-se de expulsar uma parte de si que é um outro, um estranho que tomou posse do interior e do qual é necessário se livrar sob pena de morte.

G. Moulin (2009) destaca que o paradigma essencial da gravidez poderia ser enunciado da seguinte forma: como aceitar em si “alguma coisa” que não é si, mas que é e será, no entanto, um pouco de si? Este questionamento remete à constatação de que a mulher, quando experiencia a gravidez, pode ser confrontada com o sentimento de inquietante estranheza – conforme descreve Freud no artigo “O estranho” de 1919. O feto que se instala no corpo materno é, ao mesmo tempo, estranho e familiar: ele adquire vida a partir de uma parte de si; ele vive em si; mas não é si.

Descreve a autora (Moulin) que na experiência psicossomática da gravidez, o objeto e o ego se confundiriam em um movimento de regressão em direção à perda das diferenciações intrapsíquicas. O processo central da gravidez seria o processo de identificação primária: o sujeito é imediata e originariamente o objeto e se confunde com

ele. A gravidez é também uma nova ocasião de interrogar o que se passou nestes tempos de confusão com o objeto primário, em que o objeto não foi ainda repudiado como fenômeno “não ego”. A experiência da gravidez associada a uma vacilação identitária, uma vacilação dos limites do ego, do dentro e do fora, pode ser a ocasião de uma ameaça narcísica, do próprio sentimento de si da mãe (Moulin, 2009).

Na progressão da gravidez, a ilusão inicial de uma unidade indiferenciada desaparece progressivamente com a percepção dos movimentos fetais e a conformação do processo de objetualização do feto que precede o parto – há uma passagem da indiferenciação à objetualização. É como se o vivido somático deste outro em si, que chuta, que não se deixa esquecer, viesse desorganizar o ego materno e colocá-lo em perigo, uma vez que o ego resiste às mudanças, sendo ameaçado pela invasão do seu território pelo objeto-bebê. A unidade do ego experimentada nos primeiros meses da gravidez seria então física e psicologicamente abalada e viria mobilizar nas mulheres sua relação com o objeto primário materno e suas dificuldades em constituí-lo como objeto diferenciado e distinto.

É neste sentido que Bydlowski (2007) sustenta que, neste momento, a mulher estaria mais próxima de sua memória pulsional, referindo-se a como a constituição narcísica se dá apoiada no corpo – no seu próprio corpo e no da mãe. O que desejamos sublinhar aqui é que a experiência da maternidade reaproxima a mãe de um funcionamento muito ligado ao sensorio, tal como vivenciamos nos primórdios da constituição psíquica, quando o ego se constitui a partir da relação com o corpo, tal como sublinhado por D. Anzieu (1994) a respeito do conceito de “eu-pele”.

O autor propõe o eu-pele como um envoltório psíquico que compreende duas camadas diferentes em sua estrutura e função: um folheto externo, direcionado ao mundo exterior que teria função de paraexcitação, que faz uma barreira de proteção contra as excitações externas e protege a realidade psíquica; e um folheto interno, sensível aos sinais sensoriais sinestésicos, que tem função de comunicação, constituindo uma interface que separa e coloca em relação o mundo interior com o mundo exterior.

Essas duas camadas podem ser consideradas como dois envoltórios, mais ou menos diferenciados e articulados: o envoltório de excitação e o de comunicação ou de significação. Essa estrutura topográfica, composta por um duplo envoltório, permite e constitui o funcionamento psíquico que adquire assim um ego corporal, é o eu-pele (Cupa, 2006). A fragilidade das fronteiras entre o eu e o corpo na maternidade transporta a mãe novamente para o momento da constituição do seu ego corporal, do seu eu-pele.

É em “O ego e o id” (1923) que Freud define o ego corporal, trazendo um dos enunciados mais importantes sobre a função do corpo: “o ego é primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 39). Ou seja, a superfície do próprio corpo de uma pessoa tem papel relevante na formação do ego e na sua diferenciação do id. A superfície do corpo constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas (quando é visto) quanto internas (quando é tocado).

Birman (1997) chama atenção para o fato de que, quando Freud falava do ego corporal como a projeção de uma superfície, esta projeção estaria nos remetendo à maneira como o outro administra as excitações pulsionais. Neste sentido, é o princípio de alteridade que está na origem da constituição do sujeito psíquico e o conceito de ego corporal nos remeteria à experiência de transformação das forças pulsionais a partir desta alteridade.

Essa dimensão de projeção de superfície será explorada por D. Anzieu através de sua conceituação do eu-pele. O eu-pele se aproxima da experiência corporal, sendo o ego inicialmente fortemente ligado ao corpo. Quando tomada pela experiência da maternidade e da sua relação intensa com o corpo, a mulher se reaproxima intensamente dessa experiência primária do eu-pele, revivendo a relação com a sua própria mãe e toda a questão das fronteiras de sua primeira infância.

Em relação ao papel da mãe na constituição do eu-pele, Anzieu considera a mãe como base e suporte fundamental neste processo. D.Cupa (2006) irá sublinhar que o eu-pele é uma instância psíquica, uma interface das interações mãe-bebê; e, sobretudo, o eu-pele é um envoltório de maternagem. Ou seja, falar de eu-pele implica falar da importância do papel da mãe na constituição do sujeito. Nosso olhar se volta, portanto, para quais foram as condições de engendramento do envoltório de maternagem da futura mãe e de como, agora com a experiência da maternidade, ela poderá desempenhar suas funções na constituição do eu-pele do novo bebê.

Como instância psíquica, o eu-pele representa uma metáfora da pele biológica. A pele possui um primado estrutural por ser o único órgão de sentidos que recobre a integralidade do corpo, recebendo estímulos de calor, dor, contato, pressão, odor etc., e cuja proximidade psíquica implica a contiguidade psíquica. Neste sentido, a pele tem dupla estrutura: uma face que se volta para os objetos externos e a outra para o aparelho mental, sendo ao mesmo tempo sujeito e objeto do contato. A reflexividade da pele nos

faz pensar, portanto, na questão das fronteiras entre o interno e o externo, entre o corpo e o psiquismo.

Como uma interface das interações mãe-bebê, o eu-pele materno contribui para a constituição do eu-pele do bebê partindo de uma interface que pode ser figurada pela fantasia de uma pele comum aos dois. Esta pele comum irá progressivamente se separando para constituir o próprio eu-pele do bebê. Cupa (2006) aponta que o bebê interioriza a interface do eu-pele com a mãe, que vai tornar-se um envoltório psíquico que contém os conteúdos de seu próprio psiquismo, seus pensamentos, imagens e afetos.

Apesar de a interação corporal mãe-bebê ser caracterizada pela troca entre o corpo materno e o infantil, o bebê, neste momento inicial, tem a fantasia de um corpo único, como na vida intrauterina, quando o corpo materno provia suas necessidades vitais. Do ponto de vista da mãe, podemos falar em uma identificação que a leva a um estado fusional, em que ambos os corpos funcionam como uma unidade dual, em uma fantasia de indistinção entre si mesmo e o outro (Padrão, 2015).

Já como envoltório de maternagem, o eu-pele diz respeito à importância dos cuidados maternos desde a vida intrauterina, durante a qual se esboça o sistema percepção-consciência do bebê e o útero materno é vivido como a bolsa que mantém fragmentos de consciência. Na gravidez, o paraexcitação é constituído pelo ventre materno. Daí a nostalgia do retorno *in utero* em direção a uma espécie de bem-estar permanente.

Depois do nascimento, a mãe envolve o bebê com seus cuidados, se esforçando em satisfazer as necessidades psíquicas e físicas dele. Se ela é bem-sucedida, o bebê interioriza essa “mãe suficientemente boa”. A mãe, através do corpo a corpo com o bebê, promove as experiências sensoriais da pele como superfície, reaseguradora de sua relação com ele, permitindo a passagem no sentido da incorporação ou da expulsão, garantindo sensações de integridade corporal e permitindo também uma diferenciação dentro/fora e uma diferenciação do ego com seu polo pulsional. “O Eu-pele é a capacidade do ego de se figurar a partir das experiências sensoriais da pele” (Cupa, 2006, p.88).

Se chamamos atenção até aqui para o princípio de alteridade como estando na base da constituição do psiquismo, foi no intuito de nos questionarmos: como é para o outro materno estar nesse lugar fundamental? As contribuições psicanalíticas em geral se concentram na importância do objeto materno para a constituição psíquica do bebê, mas nosso interesse se volta justamente para as ressonâncias e implicações dessa “situação

antropológica fundamental” para a mãe, onde a constituição psíquica está baseada na primazia da relação com a alteridade – com o outro do outro. Na experiência da maternidade, é imprescindível uma abertura ao outro.

Em entrevista a Marta Rezende Cardoso (2004), J. Laplanche utiliza a bonita imagem do ego do adulto conservando aberta a “fontanela” do bebê que ele mesmo foi como condição para uma certa abertura à alteridade.

(...) Talvez algo que não tenha se fechado completamente, para que possa ser reaberto. Alguém que nunca tenha se fechado de fato. Estou pensando na imagem dos bebês que ainda têm a fontanela. É como se o adulto tivesse conservado alguma “abertura” em algum lugar. (p. 202)

Esta metáfora leva Laplanche a pensar no ego que conserva aberta sua “fontanela”. Ao longo da vida, o ego do sujeito não para de se organizar, de se historicizar, de fabricar uma história para si mesmo. Na maternidade, podemos supor que esse movimento de “fechamento” do ego da mãe seja de certa forma suspenso temporariamente para que haja uma abertura mais radical ao bebê.

Poderíamos pensar na hipótese de que, ao se permitir essa abertura ao bebê, a mãe reedita nela mesma o momento em que sua própria fontanela esteve aberta. Essa abertura ao outro passa pelo sensório, como um retorno ao “ego corporal” na própria mãe. Para fazer esse papel de mediação das forças pulsionais do bebê, como falava Birman (1997) anteriormente, a mãe reativa de certa maneira os momentos iniciais de constituição do seu eu-pele. Nestes momentos, foi fundamental a qualidade dos cuidados maternos que ela mesma pôde receber, condição essencial para a qualidade dos cuidados que poderá oferecer ao seu bebê.

Fazendo um paralelo com a pele, Anzieu (1994) reconhece uma série de funções do eu-pele que nos auxiliam a compreender melhor a questão das fronteiras entre o corpo e a maternidade. Todas as funções do eu-pele destacam o necessário escoramento do corpo do bebê sobre o corpo da mãe que permite ao bebê constituir seu próprio eu-pele. O contato com a mãe através do tocar, do cantar, do contar histórias, permite ao bebê experimentar as diversas sensações, tornando-as próprias. O eu-pele é como um pano de fundo das diferentes figuras que são as sensações, como um “senso comum” que recobre todas as experiências táteis, visuais, sonoras etc. É como uma consensualidade entre os diferentes sentidos, dando ao eu uma unidade. O eu-pele tem função de contenção, o que nos remete à noção de fronteiras e da mãe como responsável por garantir ao bebê o

sentimento de continuidade de si e de diferenciação entre o eu e o corpo e entre o eu e o outro interno e externo.

O eu-pele é, ainda, responsável por dar ao sujeito um sentimento de ser um ser único. O calor, a textura e o odor da pele diferenciam os indivíduos e suas particularidades, sendo a pele social e narcisicamente investida, por vezes até superinvestida. Além disso, o eu-pele é a superfície que sustenta a excitação sexual e sobre a qual se descobrem as zonas erógenas. A mãe investe na pele do seu bebê num jogo de contato pele a pele. O eu-pele do bebê se constitui pelas primeiras impressões fornecidas pelo eu-pele materno. É nesta relação que se constitui o primeiro sentimento de si, de existir. A vivência subjetiva do sujeito se constitui através do corpo, do eu-pele, na transformação das impressões corporais em sensações.

Tais funções do eu-pele nos remetem, portanto, por um lado, à importância do papel do eu-pele materno na constituição do eu-pele do bebê e, por outro, à necessária incompletude dessas funções, que impelem à separação dessa pele comum entre a mãe e o bebê. Ou seja, quando a mulher se defronta com a experiência da maternidade, caberá a ela lidar com a necessidade de se separar para permitir a individuação do bebê, o que a faz reviver regressivamente o momento da constituição do seu próprio eu-pele e a necessidade de separação de sua própria mãe.

O que desejamos sublinhar é que a gravidez e a maternidade reaproximam a mulher da experiência do sensório, do corpo e da constituição de seu próprio eu-pele. A relação de proximidade extrema entre mãe e bebê pode ser vivida como uma certa anulação dos limites, confusão de corpos durante a gravidez e os primeiros cuidados com a criança que fazem ressurgir na mãe um certo “retorno” ao ego corporal, ao plano do sensório. Podemos afirmar que, na maternidade, *o ego materno é, mais do que nunca, um ego corporal.*

Dizer que isto implica entender a maternidade como uma experiência que aproxima a mulher de um tempo arcaico da constituição do seu próprio psiquismo, de um tempo de abertura para a alteridade, de porosidade das fronteiras. A mulher se encontra, portanto, diante de uma revivência e reaproximação do seu estado mais antigo de desamparo originário. Assim como ela dependeu absolutamente do outro materno para mediar seu estado de desamparo, será agora ela mesma responsável por manejar a dependência absoluta do seu bebê, buscando satisfazer suas necessidades e fazer cessar a tensão interna que ele sente.

II.6 – Fronteiras entre o eu e o objeto externo: o terror da dependência

Conforme vimos desenvolvendo ao longo deste capítulo, a vivência da maternidade e o encontro com o bebê constituem uma experiência traumática para a mãe, que ultrapassa as capacidades do seu psiquismo para enfrentá-los e exige uma reorganização fundamental e imediata de todo seu funcionamento psíquico. Um dos eixos principais com o qual o psiquismo materno precisará se haver é a questão da dependência e do desamparo que lhe subjaz. O medo da dependência concerne todas as jovens mães e constitui o ponto de partida obrigatório das mudanças psíquicas da maternidade.

A descoberta da dependência é brutal, não havendo gradação, nem aprendizagem, nem evolução. O bebê, quando nasce, depende absolutamente não só física, mas psiquicamente da mãe para se constituir. A mãe descobre a dependência a partir de momentos muito concretos – a alimentação, a troca de fraldas, o ninar –, nos quais necessita satisfazer as necessidades vitais do seu bebê. E essa demanda não tem fim: ela segue pelo dia e pela noite, fazendo, por exemplo, com que a mãe se levante da cama vezes sem fim durante a madrugada para confortar seu bebê, podendo chegar ao limite da sua exaustão física. E a esta dependência física soma-se a dependência psíquica: o bebê depende da mãe para tornar-se uma pessoa – e esse ponto é exclusivo e radical na experiência da maternidade.

O bebê é obrigatoriamente prematuro e esta descoberta da dependência absoluta e total do bebê em relação aos cuidados de seus pais para sua sobrevivência é igualmente brutal e sem preparação. O bebê será sempre prematuro em sua condição de desamparo e, analogamente, a mulher também será sempre “prematuramente mãe” – por um lado, por estar identificada com o seu bebê e, por outro, pela constatação de que nada é capaz de prepará-la para esta experiência radical da gravidez, do parto e dos primeiros cuidados com o bebê. Esta experiência da dependência absoluta de um outro em relação a si é uma experiência única na vida e um choque traumático para a mãe ou toda pessoa que ocupe a necessária função materna (Prat, 2013).

O bebê se constitui apoiado na mãe, através do que ela faz com ele e por ele: o sentimento de responsabilidade da mãe é, a justo título, esmagador, uma vez que o bebê depende dela completamente. Enfrentar essa situação inteiramente nova e singular supõe uma mutação profunda do psiquismo parental: não há preparação possível, não há adaptação. Não se é “um pouco” mãe, tornamo-nos mães de uma só vez, brutalmente, quando temos o bebê nos braços.

Régine Prat (2008, p. 127) comenta que, com “a chegada de um bebê, a mãe perde sua identidade e deverá constituir uma nova, troca de pele”. Suas bases identitárias acabam sendo estremecidas, de modo que ela não sabe mais quem é, uma vez que não é mais a mulher adulta independente e ainda não adquiriu sua nova identidade de mãe.

A hipótese da autora é que o que chamou de “traumatismo do nascimento para os pais”, isto é, a descoberta da dependência total do bebê, implica um roubo de identidade que ocorre num instante e as tentativas para sobreviver a isso, colocando em jogo sistemas defensivos que vão, por sua vez, ser precários.

Tudo isto traduz a confusão e a impossibilidade, ou a dificuldade do psiquismo em se organizar para enfrentar os novos aspectos da realidade: é a própria definição do traumatismo. As reações da mãe depois do nascimento de um bebê podem ser vistas sob esse ângulo como a tradução de uma desorganização psíquica. Esta transformação é uma verdadeira mutação psíquica ligada ao salto no desconhecido que representa a chegada de um bebê. Mas, diante de um salto no desconhecido, vão-se mobilizar também todos os meios defensivos que se tem à disposição, por mais arcaicos e radicais que sejam.

Segundo Prat (2013), as mulheres se dizem “medrosas” depois do nascimento do bebê: o mundo se torna perigoso diante da percepção da dependência do bebê e da sua responsabilidade total de mãe em sua missão de protegê-lo. A descoberta brutal do cruzamento da dependência do bebê e da responsabilidade parental abre para o terror de um poder de vida e morte.

A entrada no processo da parentalidade concerne, em primeiro lugar, a elaboração e transformação dessas primeiras experiências de terror e a aceitação da dependência absoluta do bebê. Esta aceitação da dependência assinala a “missão impossível” da parentalidade, porque deve se acompanhar ao mesmo tempo do reconhecimento das possibilidades autônomas do bebê: trata-se novamente de uma confrontação paradoxal. No interior de sua grande dependência, o bebê tem, desde o início, setores em que pode se haver sozinho. A dependência e a independência estão presentes desde o início em proporções que evoluem em direção à independência. Tornar-se pai supõe então poder, ao mesmo tempo: perceber e aceitar a dependência, o que vai no sentido do *holding*, de “sustentar”; e, por outro lado, perceber e encorajar a independência, o que vai no sentido de “soltar”. É novamente um paradoxo.

Prat (2013) acrescenta que o materno remete a mãe de maneira traumática, numa regressão e numa identificação muito profunda com o bebê, em direção aos primeiros tempos da constituição psíquica. Diante do excesso veiculado por essa regressão peculiar

e as decorrentes transparência psíquica e preocupação materna primária, o psiquismo sofre um impacto: é a loucura materna ordinária. O trauma característico do nascimento de um filho experimentado no puerpério reverbera intimamente em como a mulher consegue dar um destino a esse impacto – trata-se de se organizar da maneira que for capaz. A loucura materna ordinária restitui assim todas as feridas narcísicas antigas, os traumatismos, os lutos e a herança transgeracional, acessíveis sob o efeito da transparência psíquica e da suspensão do recalçamento que permite a abertura, no tempo da gravidez, de uma janela menos opaca sobre o inconsciente. O investimento narcísico da gravidez centrado sobre o corpo, os limites da pele, os cuidados que a mãe oferece no corpo a corpo com o bebê, contribuem para o retorno das origens, do arcaico, do eu-pele materno.

Na relação de cuidados dispensados ao bebê pela mãe, são transmitidos não apenas aquilo que garante a sobrevivência do recém-nascido, mas também e, sobretudo, aquilo que o insere na condição humana. A mãe transmite, através de palavras, mas também do toque, do olhar, do cheiro, do ritmo etc., uma série de conteúdos psíquicos inconscientes que são herdados e precisam ser metabolizados pela criança. Ao mesmo tempo em que ela os transmite, é ela que também possibilita que a criança os traduza.

A experiência da maternidade tem então um aspecto eminentemente traumático, colocando a mulher diante de uma revivência da sua própria situação de desamparo original e trazendo à tona os restos de mensagens que não puderam ser traduzidos inicialmente. Em determinados casos, conforme trataremos no terceiro capítulo desta tese, no entanto, há um caráter excessivo nestas mensagens que ultrapassa mesmo a possibilidade de tradução, isto é, que nem puderam entrar no processo tradutivo e poderão entravar os cuidados parentais e, conseqüentemente, a constituição psíquica do bebê.

III – A LOUCURA MATERNA “EXTRAORDINÁRIA”

No capítulo anterior, abordamos os aspectos traumáticos estruturantes da maternidade e suas diversas implicações. Procuramos investigar a “loucura normal da maternidade” através da questão das fronteiras e dos limites entre o eu e o outro interno e externo, entre o eu e o corpo, e os próprios limites da representação que se colocam em evidência nesta vivência subjetiva da mulher. Como vimos, a maternidade provoca um abalo em suas bases narcísicas e edipianas, sendo vivida, inescapavelmente, como traumática. Buscaremos desenvolver neste capítulo de que maneira, em algumas situações extremas da maternidade, o traumático “normal” ultrapassa certo limiar e se configura como verdadeira situação psicopatológica que impossibilita a mãe de ocupar seu lugar. A loucura materna ordinária daria lugar então para uma loucura materna “extraordinária” marcada pelo extremo.

III.1 – De uma questão de fronteiras a uma patologia fronteiriça

Como sustentamos no capítulo anterior, consideramos a maternidade como uma problemática de fronteiras, o que nos leva a pensar agora em quais seriam as consequências e as reverberações do abalo destas fronteiras em determinadas situações. O que desejamos defender é que, uma vez que a maternidade traz consigo a questão das fronteiras – entre o eu e o outro, entre o eu e o corpo, entre o representável e irrepresentável – em alguns casos, a vivência necessariamente traumática de uma loucura materna ordinária pode desencadear um estado de angústia extrema na mãe, configurando quadro psicopatológico que pode ser considerado como um estado-limite. A loucura materna traz consigo inerentemente angústias paradoxais de intrusão e engolfamento que podem, em determinados casos, ser vividas de modo extremo levando a mãe a uma verdadeira vivência-limite.

A partir de um ponto de vista clínico, Turcotte (2004) pontua que, tal como nos estados fronteiriços, a maternidade estaria marcada pela dupla angústia radical de intrusão e de separação. Para algumas mulheres, o estado de regressão narcísica que acompanha a gravidez poderia ser vivido como uma experiência de completude que mascara ao mesmo tempo uma angústia de abandono e um terror de perder os limites egoicos pela radical abertura ao outro. Com o nascimento do bebê, e o inerente processo de separação que o

acompanha, estas mães pareceriam reviver com toda a força esta dupla angústia, marcada pela ameaça à integração narcísica, à perda de fronteiras e ao sentimento de continuidade de si.

Quando observamos na mãe a presença de respostas tipicamente limites, haveria, por um lado, angústia extrema de abandono diante da qual ela não suportaria se separar e rejeitaria qualquer movimento de individuação e afastamento do bebê. A ambivalência do processo de separação seria intolerável encontrando grande gratificação narcísica em uma relação de dependência absoluta com o bebê. Neste caso, a mãe poderia superproteger possessivamente seu filho, observá-lo e cuidar dele de forma obsessiva diante da angústia de perdê-lo. Perder e separar-se deste objeto que ela recentemente “ganhou” seria como perder parte de si. Por outro lado, as tentativas de querer se afastar do bebê podem ser sentidas como uma traição e uma frustração às expectativas maternas de que o bebê pudesse lhe reparar narcisicamente. A mãe poderia então rejeitá-lo agressivamente impedindo o vínculo mãe-bebê, com medo de ele a invadir. Neste caso, rejeitar radicalmente o bebê seria a única possibilidade de manter sua integridade narcísica.

Assim, a relação mãe-bebê nestes casos se ancoraria em um espelho no qual a cena interna da mãe é refletida no bebê – e vice-versa – num movimento de representações radicalmente opostas: “todo bom” quando se aproximam e “todo mau” quando se afastam. Não há gradação, somente dois extremos que se alternam em curto-circuito. Este tipo de resposta limite é marcado, portanto por uma “volatilidade”, por uma clivagem radical na qual a mãe, em curto espaço de tempo, pode perceber seu bebê como um “anjo” que ela deve superproteger e não se “desgrudar” e logo em seguida como um “demônio” que deve ser combatido e afastado a todo custo.

A revivência de tais angústias paradoxais na maternidade poderá provocar diferentes respostas relacionadas à possibilidade de integração do psiquismo materno, das mais elaboradas às mais precárias; uma resposta que aparece com grande prevalência na clínica da maternidade é o que se denomina “*baby-blues*”.

A figura do *baby-blues* para nós aponta uma resposta limite diante destas angústias paradoxais que é, no entanto, temporária. O *baby-blues* estaria, portanto, ele mesmo num campo fronteiro entre o “normal” e o patológico, servindo como recurso para lidar com a loucura normal da maternidade. Não há consenso a respeito da definição da noção de *baby-blues* (Folino, 2014), mas a maior parte dos estudos aponta para o seu entendimento como uma síndrome aguda, transitória, breve e comum, que chega a atingir

até 85% das mulheres no pós-parto. Sua frequência tão alta relatada na clínica e na observação de mulheres no puerpério nos aponta justamente o impacto da vivência desta loucura materna ordinária que, em grande parte das mulheres, terá como resposta um certo tempo de tristeza profunda, que se dissolve dentro de algumas semanas.

O termo *blues* faz alusão, segundo Bydlowski (2007) às melodias nostálgicas cantadas pelos escravos da Louisiana em lembrança da mãe África perdida. Caracteriza-se por um estado de reação depressiva branda envolvendo fadiga, desânimo, dificuldade de pensar claramente e crises de choro sem motivo aparente, mas que se resolve, na maioria dos casos, espontaneamente em alguns dias depois do parto. Para estes autores, o *baby-blues* não se trataria de uma depressão clínica, mas muito mais de um conjunto de sintomas em torno de um humor depressivo, acompanhado de um sentimento de fadiga e abatimento.

A nosso ver, o *baby-blues* por ser considerado resposta fronteira frente ao traumático inescapável da maternidade que já comporta em si aspectos psicologicamente violentos. Em muitos casos, a mãe só consegue elaborar a loucura materna através deste tempo psíquico. Nestas situações, a presença do *baby-blues*, consciente ou não, indicaria um tempo necessário à reapropriação subjetiva de si e ao reconhecimento do bebê como alteridade.

De acordo com Guyomard (2009), o *baby-blues* é o tempo equivalente àquele de um luto psíquico: luto de tudo aquilo que é preciso abandonar para que haja o encontro de uma mãe com seu filho. O *baby-blues* implicaria um sentimento de “inquietante estranheza”, colocando a mulher frente à (re)vivência do desamparo e à incapacidade de se ocupar do seu bebê.

Paradoxalmente o *baby-blues* seria um fora-do-tempo, um tempo em suspenso, tempo de solidão radical, muitas vezes necessário para que a mãe possa elaborar o impacto psíquico provocado pela maternidade. Impacto de ter que se haver com uma realidade nova, irreversível e irrepresentável; impacto que provoca ruptura na continuidade psíquica, corporal e orgânica que lança a mulher numa necessária reavaliação de sua própria identidade. Conforme pontuamos a respeito da loucura materna ordinária, a experiência da gravidez e da maternidade provoca na mulher radical abalo nos planos psíquico e corporal, exigindo um movimento de reorganização e reapropriação subjetiva.

Em nossa leitura, a característica que mais se destaca do *baby-blues* seria sua *transitoriedade*: trata-se de um tempo de elaboração psíquica necessária que

frequentemente se materializa cronologicamente em uma depressão passageira. Mas é também, paradoxalmente um fora-do-tempo que implica um “retirar-se”, um isolamento provocado pela exigência do trabalho de luto de tudo aquilo que foi modificado pela gravidez e pela chegada do bebê.

Trata-se de uma resposta psíquica, uma tentativa de elaboração do traumático constitutivo da maternidade. O *baby-blues* seria, portanto, um tempo de transição, na fronteira entre o traumático estruturante e o desestruturante, como uma loucura materna que já possui um caráter limite, mas que tem um tempo determinado de duração. O humor depressivo típico do *baby-blues* seria uma resposta muito presente nas mulheres no período pós-parto, mas já podendo ser considerado como estando além da loucura normal da maternidade, já num território fronteiro, às margens da loucura materna “extraordinária”.

O que parece ser o ponto central do quadro do *baby-blues* é a questão da transitoriedade, que nos remete à complexidade da temporalidade psíquica. Na maternidade a dimensão do tempo tem especial relevo. É um tempo de desorganização, tempo de revivência, tempo de fusão e de separação, cujo desfecho pode possibilitar ou não o acesso da mulher a sua nova condição identificatória, ao assumir o papel de mãe, bem como a inclusão do filho no curso da história e na linha do tempo familiar. Muitas vezes não é possível para a mãe metabolizar essa passagem do tempo inerentemente traumática e, neste caso, ela tenderá a ficar presa em um tempo congelado, tempo que não passa.

III.2 – Um tempo suspenso na maternidade

A figura emblemática do *baby-blues* nos faz pensar na questão do tempo do traumático na maternidade. A loucura materna ordinária demanda à mulher árduo trabalho de elaboração psíquica que muitas vezes pode ser vivido acompanhado de sentimento de tristeza e humor depressivo. O *baby-blues* nos fala de um tempo psíquico transitório cujo destino será singular de acordo com as condições de possibilidade de cada mulher de lidar com ele.

A propósito da maternidade, é preciso que diferenciemos a ideia de tempo suspenso da de tempo congelado. Segundo Feder (2001), em certos períodos da vida que se caracterizam por uma grande crise, pode ser necessária uma suspensão provisória do

tempo. Isso constitui passagem obrigatória para a sobrevivência psíquica. Essa abolição provisória do tempo constitui uma espécie de parêntese, no qual é central o tempo reduzido ao instante presente e ao desejo e à satisfação. A suspensão do tempo na maternidade serve à manutenção da homeostase narcísica, buscando manter o sentimento de continuidade de si frente a este novo ser que a invade por dentro e que mesmo após o parto, permanece fantasisticamente como parte narcísica de si.

A passagem do tempo, inerente e de grande significância na experiência subjetiva da maternidade, pode ser sentida como ameaça: aceitar que o tempo passa é aceitar que qualquer coisa pode acontecer, é submeter-se ao imprevisto, à temporalidade que nos ultrapassa. A maternidade é inescapavelmente traumática, mas também constitui um tempo privilegiado para a entrada em ação do *a posteriori*. Pode funcionar como um *a posteriori* dos vividos traumáticos anteriores, abrindo, então, espaço para um processo de historicização e permitindo a metabolização de um traumático que ficou encravado no psiquismo. O trabalho psíquico referido à maternidade será sempre árduo, traumático, pela exigência de suspensão “provisória” do tempo. Na maioria dos casos, mesmo quando há uma passagem temporária por um quadro de *baby-blues*, poderá se desenvolver um trabalho psíquico que desemboca numa saída criativa. Nestes casos, haveria uma abertura para a consolidação de um efetivo processo de subjetivação, implicando, portanto, um tempo que se deixa passar e que vem se projetar num futuro, tanto para a mãe quanto para o bebê.

Podemos pensar então que esta suspensão “provisória” do tempo na maternidade já é uma resposta à loucura materna ordinária que nos aponta justamente o fato de que tanto mãe quanto bebê estariam sempre despreparados frente ao imprevisto do traumático: mãe e bebê seriam, de certa forma, sempre prematuros. Vale destacar, conforme já desenvolvemos anteriormente neste trabalho, que Laplanche (1988) já chamava atenção para o caráter necessariamente prematuro e profundamente desadaptado do bebê diante das exigências de autoconservação e da sexualidade adulta. Muito já se falou a respeito desta prematuridade do bebê mas, do nosso ponto de vista, esta prematuridade poderia também se referir à mãe, que estaria sempre profundamente “desadaptada” para as mudanças físicas e psíquicas que a maternidade implica.

Em relação a esta falta de preparo da mãe para o nascimento do bebê, Prat (2008) descreve a fala das mães em sua clínica se queixando frequentemente se terem sido “apanhadas desprevenidas”. A autora explica que não haveria preparação possível para a maternidade, pois esta demanda a tarefa de ter que mudar radicalmente todo o

funcionamento psíquico. Trata-se sempre de uma crise, uma comoção de extrema violência que pode ter efeitos mais ou menos deletérios de acordo com a história subjetiva de cada mãe. Neste sentido, Prat (2008) corrobora nossa hipótese de que tanto o bebê quanto a mãe são necessariamente prematuros, despreparados frente ao imprevisto do traumático.

Desdobrando um pouco esta questão ao trabalhar a problemática dos bebês que nascem efetivamente prematuros (antes do tempo considerado “a termo”, em torno de 38 semanas), Vanier (2010) sustentará que, se toda a maternidade é necessariamente traumática, as condições de um nascimento prematuro são tão violentas que seus efeitos sobre as mães têm importância particular. No caso de um nascimento prematuro, não é só o bebê quem vem “antes do tempo”, mas as mães são também prematuras. Para elas, a vinda ao mundo do bebê de forma imprevista representa verdadeira efração no curso de sua gravidez em que o tempo parece ficar “suspenso”. Se estamos falando de um evento traumático, para cada mãe as consequências serão diferentes e o impacto do evento vivido na realidade só poderá ser visto a partir de uma história fantasística singular.

Vale lembrarmos que Freud em 1920 define o traumatismo a partir da não preparação do aparelho psíquico para o afluxo de energia ao qual é submetido. No caso dos nascimentos prematuros, diante da ausência de preparo do psiquismo dessas mães, a chegada do bebê será vivida como uma cena tão violenta que suscitará apenas o afeto de terror (*Schreck*). A quantidade excessiva de excitação será impossível de simbolizar de tal forma que elas se encontrarão em situação de desamparo absoluto: separação brutal, assujeitamento ao desejo onipotente de um outro, elas estarão frente a um pânico inassimilável para elas.

Ao descrever sua clínica com mães de bebês prematuros, Aupetit (2010) fala que depois do “golpe” (*après du coup*) sentido com o nascimento “antes do tempo”, haveria nestas mães uma ausência do *après-coup*. O nascimento do bebê prematuro “fora-do-tempo”, “antes do tempo” poderia provocar no psiquismo materno um verdadeiro “golpe” traumático, deixando o psiquismo preso no tempo presentificado, dificultando uma historicização. Podemos apreender então o nascimento prematuro como uma experiência potencialmente traumática, que submete os envolvidos a uma “estranha desordem” que exporia a mãe a vacilações identitárias e a remanejamentos psíquicos. É neste sentido que a autora (Aupetit, 2010) trata a clínica de bebês prematuros como uma clínica do traumático para os pais.

Vanier (2010) relata um caso de uma mulher recém-casada, que engravidou de seu primeiro filho e tudo ia bem, conforme aos planos e “no melhor dos mundos”. Até que em uma consulta de rotina de seu pré-natal, sua hipertensão e o risco de eclampsia fizeram com que os médicos decidissem realizar uma cesariana de emergência. Eles disseram que “ele ficará melhor na incubadora do que em seu ventre”. Estas palavras anódinas para eles, a precipitaram em um estado de pânico e de confusão a que ela não conseguia dar sentido. Desde o nascimento do bebê, ela não queria visitá-lo na UTI neonatal, tinha medo de vê-lo e tocá-lo. Ela queria fugir e deixá-lo aos “bons cuidados dos médicos”. Dizia: “eu não tenho a impressão de ser mãe, parir não é ser uma mãe”.

Mesmo que nem todos os partos tenham efeitos tão dramáticos, todas as mães dão testemunho do choque do nascimento, uma vez que o que parece ser problemático não é o estatuto de mulher grávida, mas sim o de mãe. Assumir esse papel supõe uma mutação profunda do psiquismo parental que, a partir dessa experiência, se tornará radicalmente diferente do que era anteriormente e, conseqüentemente, diferente daqueles que não são pais.

A problemática da prematuridade nos ajuda a pensar no tempo do traumático na maternidade. Apesar de nestes casos o bebê chegar efetivamente “antes do tempo”, podemos pensar que em todo encontro mãe-bebê haveria certa prematuridade de ambos, característica do traumático. A maternidade comportaria, portanto, um caráter essencialmente traumático mas, em muitos casos, a suspensão do tempo seria provisória, teria um tempo de duração e poderia, posteriormente, abrir espaço para a entrada do *après-coup*, da passagem do tempo e da possibilidade de ressignificação da história subjetiva. Quando o tempo adquire um caráter de fixidez em que essa suspensão do tempo não se dissolve e fica aprisionada com a ordem de se repetir, estaríamos diante de um tempo congelado, que para nós aponta para o campo do extremo na maternidade, que ultrapassa a loucura materna “ordinária”.

Poderíamos pensar que, nos casos em que estamos diante de uma loucura materna “extraordinária”, mãe e filho ficariam cristalizados neste tempo congelado, na temporalidade do “atual”, no sentido de uma eterna presentificação, própria à compulsão à repetição: não há, aqui, passado nem futuro, somente um presente infinito e sofrido que traz subjacente a impossibilidade de inscrição nas cadeias de representação. É como se o trauma se eternizasse num presente infinito e irreversível, que não pressupõe uma historicização (Knobloch, 1998).

O tempo do traumático é imóvel e cristaliza também os afetos, as relações objetais e os investimentos. O sujeito se situa, assim, em um “fora-do-tempo”, o qual, de acordo com Bernateau (2010), se aproxima radicalmente da morte. “Em um mundo inteiramente regido pela morte, não há história. Ninguém nasce, ninguém cresce, ninguém se transforma” (Bernateau, 2010, p. 74. A tradução é nossa).

Sobre este ponto, Cardoso (2011) chama atenção para a dimensão de eterno “atual” que pode invadir a vida subjetiva, e cuja figura maior seria a compulsão à repetição. Esta diz respeito a uma presentificação permanente e que se exerce pela repetição imperativa da agonia (susto), do desespero, do desamparo. A violência do traumático diria respeito, portanto, à impossibilidade de historicização, de tal modo que o sujeito permaneceria fixado no registro do “atual”, repetidamente presentificado, um presente que não se faz passado.

Se a temporalidade do trauma possui caráter de presentificação, é justamente a noção de *après-coup* que se encontra ausente. A lógica relativa ao *après-coup* implica uma temporalidade sobredeterminada, um tempo que se “dobra” sobre si mesmo, funcionando como via de reinterpretação do passado. No tempo do traumático desestruturante, do “atual”, do eterno presente, não haveria espaço para entrada da lógica do *après-coup* e, conseqüentemente, não haveria possibilidade de uma história que se organizasse sob o imperativo temporal de passado, presente e futuro onde o *après-coup* poderia, por vezes, fazer ressignificar um vivido anterior.

Como vimos, a passividade diante do fluxo do tempo na maternidade é incontornável, mas pode assumir um caráter extremo para aquelas mães cuja vivência de passividade originária tenha sido insuportável, revivendo a dominação do vivido traumático advindo do outro, sem condições egoicas de fazer frente às rupturas que lhes são próprias. Nestes casos, nem sempre se dá a entrada dessa lógica própria ao *après-coup* e o sujeito pode ficar preso em um tempo petrificado, no qual só parece haver espaço para o “atual” do trauma. Não haveria para esta mãe a possibilidade de inscrição no passado nem de projeção no futuro.

Buscamos até este momento investigar a loucura materna, traçando um caminho que vai de sua faceta “ordinária”, passando por uma dimensão limite e que, em alguns casos, pode assumir um caráter “extraordinário”. A maternidade marcada pela impossibilidade de passagem do tempo, por este tempo “congelado” preso no “atual” nos aponta para o caminho de respostas mais radicais que configuram verdadeira

psicopatologia da maternidade. Aqui é a noção de extremo que nos ajuda a pensar no caráter “extraordinário” da loucura materna.

III.3 – A maternidade no campo do extremo

Como se dá então esse extremo na maternidade? O que está em jogo quando a “loucura materna ordinária” se torna “extraordinária”? Como se manifesta este extremo e o que está em sua base?

Baseando-nos na noção de extremo segundo Pommier (2008), podemos pensar que o extremo na maternidade põe em jogo a materialidade do corpo em sua relação com o psiquismo, trazendo a particularidade de colocar na frente da cena a angústia radical ligada à iminência de morte psíquica. O extremo evoca a questão da dependência e da efração corporal, isto é, nele estaria em jogo a presença de um “corpo estrangeiro” real que pode provocar drásticas ressonâncias psíquicas, suscetíveis de modificar a imagem que o sujeito tem de si. As diferentes situações do extremo, cuja origem pode ser um evento de natureza emocional, sociológica ou fisiológica, permanecem de natureza psíquica, posto que não é o evento em si que dá o caráter extremo à situação, mas as reverberações no psiquismo que colocam o sujeito diante do terror e da possibilidade de colapso.

Pommier (2008) define que o extremo não se dá necessariamente pelo caráter excessivamente visível ou excepcional da situação, mas pela relação que se instaura entre forças de vida e forças de morte – desequilíbrio mortífero que faz com que a situação extrema reative um conflito psíquico, atualizando a oposição entre pulsões de vida e pulsões de morte onde estas últimas prevalecem. Neste triunfo da pulsão de morte, predominam então “agonias impensáveis” que ameaçam a integridade egoica do sujeito podendo lançá-lo em respostas de caráter radical.

No contexto da maternidade, tais respostas “extraordinárias”, que já ultrapassaram o limite da loucura “normal”, apontam para uma base traumática desestruturante que assume dimensão extrema. O extremo na maternidade nos remete a pensar na singularidade de seu impacto no psiquismo de cada mãe, levando em consideração como seu psiquismo foi constituído. Como vimos sustentando, a mãe parece estar profundamente identificada com o seu bebê, revivendo ela mesma o momento inicial de sua constituição psíquica e uma passividade radical, muitas vezes insuportável.

O autor que, se não o primeiro, mas um dos mais importantes, propôs uma articulação indissociável entre a constituição psíquica e a alteridade foi J. Laplanche ao priorizar a dimensão da sedução originária. No primeiro capítulo desta tese, falamos sobre o caráter necessariamente enigmático das mensagens transmitidas pelo adulto à criança, chamando atenção para o papel da mãe como primeira sedutora (LAPLANCHE, 1988).

Para entendermos a singularidade do extremo na maternidade, é necessário acompanhar Laplanche na concepção de que, mesmo sendo todas as mensagens transmitidas pela mãe enigmáticas, haveria dois processos distintos nesta comunicação pré-verbal: a *implantação*, de caráter traumático constitutivo, e a *intromissão*, que possui caráter traumático disruptivo. Neste sentido, é preciso conceber um processo comum, estruturante, e sua variante violenta (CARDOSO, 2001). No processo de transmissão das mensagens por parte da mãe, poderia então haver um fracasso parcial da tradução dessas mensagens enigmáticas – cujo resto fará parte do recalcado – ou, em determinados casos mais violentos, o fracasso poderá se dar de uma forma mais radical, configurando um fracasso em traduzir – as mensagens enigmáticas não chegariam nem a ingressar no processo tradutivo.

A implantação diria respeito a algo que não pôde ser completamente traduzido e que fica no inconsciente como objeto-fonte da pulsão. Nesse caso, há um resto recalcado, que pode retornar mediante uma formação de compromisso. Por sua vez, a intromissão seria um processo que coloca obstáculos ao próprio trabalho tradutivo, produzindo um curto-circuito no psiquismo da mãe e do bebê, colocando no seu interior um elemento estrangeiro, espécie de enclave, de caráter excessivo.

Cabe ressaltar que o processo de transmissão das mensagens enigmáticas toma como eixo principal aquele que as recebe. Para nós, é importante destacar a singularidade do papel daquela que as transmite, no caso a mãe. Por um lado, na implantação há um caráter particular: ao mesmo tempo em que o enigma é transmitido, vem junto com ele certo código de tradução, trazendo recursos da ligação. Estes recursos são oferecidos pela própria mãe – paradoxalmente, aquela que transmitiu o enigma em primeiro lugar. O adulto sedutor impõe sua sexualidade inconsciente, mas, se estamos no campo da implantação, supomos a possibilidade, tanto no bebê quanto na mãe, de um trabalho de tradução.

Por outro lado, no que diz respeito à intromissão, Cardoso (2011) propõe um modelo de compreensão do estatuto dessas mensagens que não estariam abertas, nem ao processo tradutivo nem ao recalçamento. A autora sustenta que, quando o ego fica

totalmente imóvel frente a uma mensagem, pode-se supor que são colocados no interior do psiquismo elementos não metabolizáveis, intraduzíveis, com caráter imperativo. Trata-se de enclaves que dizem respeito às mensagens intrometidas sem códigos tradutivos, que permanecem em estado bruto, sem poderem ser interpretadas e com o destino de serem repetidas compulsivamente, não entrando no registro do recalçamento.

Quando buscamos entender as especificidades das mensagens que permanecem intraduzíveis no psiquismo materno, é preciso considerar que a “intromissão do outro” está ligada à “realidade das mensagens” advindas da mãe. A ideia da transmissão de mensagens “imóveis”, irredutíveis e dificilmente transformáveis nos aponta para uma impossibilidade de transformação para o próprio sujeito que as transmite.

No extremo da maternidade, estaríamos então diante de uma mãe que se “reencontra” com um estrangeiro radical que lhe foi intrometido e que não consegue dar outro destino a estas mensagens, senão o de repetir e transmitir como um enclave para o seu próprio filho. As mensagens intrometidas são parte do que há de mais “estrangeiro” na própria mãe e que será transmitido como tal para o bebê. Agora no papel de sedutora, a mãe continuaria sem possibilidade de traduzir essas mensagens, não tendo elas outro destino senão o de serem repetidas imperativamente. O reencontro da mãe com estas mensagens “imóveis” a lançaria novamente em uma vivência de passividade radical, da qual agora mãe e bebê seriam prisioneiros, e que poderia levar a uma verdadeira psicopatologia da maternidade.

Nesses casos, a mãe não conseguiria atuar como mediadora da tradução, ficando impossibilitada de oferecer um código tradutivo para o bebê, talvez por ela mesma, quando bebê, não ter podido traduzir aquilo que recebeu. Portanto, as mensagens intraduzíveis fazem parte de uma herança do outro da qual o ego não conseguiria se apropriar. São parte do que haveria de mais “estrangeiro” no próprio outro – na mãe – e que tenderia, então, a ser transmitido como tal, sem transformação. É precisamente diante desse estrangeiro que ambos, mãe e bebê, se encontram diante de uma experiência de passividade radical: a mãe diante desta exigência, em transmitir elementos irrepresentáveis; e o bebê frente à intromissão de tais elementos.

Conforme procuramos defender, quando a maternidade ingressa no campo do extremo, haveria a presença de um excesso intraduzível do qual o ego materno não consegue se apropriar, de modo que poderíamos pensar em um ego “imobilizado”, “dominado” pelas mensagens estrangeiras intrusivas. Uma vez que essas mensagens não podem ser historicizadas – não conseguem entrar na cadeia representativa em uma linha

do tempo que se constitui com presente, passado e futuro – o psiquismo materno permanece “preso” à compulsão à repetição, num eterno atual.

A dimensão do extremo na maternidade nos ajuda a pensar nas respostas patológicas que impossibilitam a mãe de exercer seu papel. Uma maternidade marcada pela presença de um excesso intraduzível nos remete a uma dimensão de tempo congelado, imóvel, de um ego radicalmente passivo diante daquilo que o abala. O excesso nos fala da ausência de uma mediação em que prevalecem respostas marcadas por um “demais” ou um “muito pouco”, isto é, o excesso poderia implicar uma psicopatologia materna que se manifesta desde uma “hiperpresença” até uma profunda ausência.

III.4 – Psicopatologia da maternidade: entre o “demais” e o “muito pouco”

A psicopatologia da maternidade está marcada, como vimos desenvolvendo, por um excesso que pode se manifestar de maneiras extremas. Em determinados casos, a loucura materna “ordinária” ultrapassa os limites de uma resposta considerada “normal” lançando a mãe em um verdadeiro quadro psicopatológico. Estaríamos aqui diante de uma loucura materna “extraordinária”, de um psiquismo incapaz de oferecer uma resposta mais elaborada diante do excesso pulsional que a maternidade provoca.

Durante a gestação e após o nascimento do bebê, a mãe é necessariamente mobilizada por toda uma série de abalos que a maternidade comporta. Em determinados casos, o psiquismo materno encontra-se afetado pela emergência de um conflito de origem arcaica que traz à tona elementos da relação com a sua própria mãe que podem ser insuportáveis. Nestes casos extremos, as angústias envolvidas na loucura materna “ordinária” assumiriam um caráter mais radical, aquém da angústia. A vivência da maternidade como ameaça à integridade egoica afeta diretamente a relação e os cuidados que a mãe pode (ou não) estabelecer com o bebê.

Em alguns casos, o bebê pode passar a ser percebido como hipervulnerável, donde a necessidade de superprotegê-lo substitui o desejo de satisfazê-lo, e o prazer compartilhado é transformado em obsessão de cuidados. A mãe tenderia então a atuar intrusivamente, no entanto, ela nunca consegue dar conta completamente daquilo de que o bebê precisa. Quando a loucura materna “ordinária” ultrapassa esse estatuto de “doença normal”, a mãe pode tornar-se “hiperidentificada” com um bebê fantasiado como extremamente vulnerável. Nestes casos não haveria efetivamente uma identificação, uma

vez que esta implica a tomada de certo aspecto do objeto para si transformando-o em próprio. O que supomos acontecer aqui seria um mecanismo mais próximo da “incorporação” em que a mãe toma para si em bloco a dependência do bebê.

Segundo Baranes (2002), a identificação é um mecanismo fundante e de natureza inconsciente no qual o sujeito se apropria de traços do objeto, como forma de “compensação” pela necessidade de a ele renunciar. A identificação diz respeito principalmente à questão da alteridade, àquilo que o eu recebe do outro. Quando há identificação, há apropriação por parte do sujeito, uma vez que aquilo que recebe do outro pode ser assimilado. Quando não há possibilidade de assimilação, de elaboração por parte do ego, a “herança” recebida não é passível de ser representada e, nesse sentido, não haveria possibilidade de efetivo movimento identificatório.

Diante desta impossibilidade de identificação, Cramer (2002) pontua que uma das opções defensivas extremas a serem adotadas pela mãe é a sua transformação em “terapeuta obsessiva” que vê a criança como um “moribundo”, sempre à beira da morte, e que precisa ser constantemente vigiada e salva. A dependência do bebê parece ser sentida por estas mães como excessiva e incontornável, como se esse bebê não fosse capaz de absolutamente nada sozinho, nem mesmo respirar sem que ela o observe. A mãe se incumbiria da tarefa de estar constantemente disponível e “colada” com o seu bebê para garantir sua sobrevivência. Diante da impossibilidade desta tarefa, uma vez que a mãe não pode nada contra a imaginada morte iminente de seu bebê, ela se exaure e, sobretudo, se culpabiliza, já que é ela quem se sente responsável pela ameaça de morte. Ela se desqualifica e sucumbe em uma forma de agitação ansiosa.

O autor traz o caso da Senhora F. que leva sua filha Delia de 13 meses para um atendimento devido a um distúrbio do sono que a criança apresenta desde a idade de 5 meses. A mãe está exausta. Ela se levanta inúmeras vezes por noite para consolar sua filha. Ela se descreve assim: “quando a gente só se ocupa de crianças em casa, nos tornamos inúteis; a gente se perde; nos tornamos ninguém”. Esta representação não é somente desqualificante, mas vai até um apagamento de si, um esvaziamento da identidade. Esta representação negativa está ligada à sua história infantil: ela sempre sentiu necessidade de fazer uma bela carreira para pagar a dívida de gratidão aos seus pais que se sacrificaram por seus filhos; ainda por cima, ela se sente inferior aos seus irmãos, os quais são bem-sucedidos. Senhora F. se sentiu obrigada de retomar seu emprego quando Delia tinha 5 meses, para assegurar sua carreira profissional e se manter no enquadramento do ideal familiar. Mas, ao fazer isso, ela pensa ter abandonado e

assassinado Delia. A representação mental desta centra-se sobre uma imagem de extrema fragilidade. É para protegê-la e, sobretudo, para compensar o efeito de suas ausências diversas que a Senhora F. se exaure à noite para cuidar excessivamente e constantemente de sua filha.

Em consonância com este caso, Régine Prat (2008) traz a história clínica de Carole, cuja mãe é superansiosa. A mãe acredita que sua filha de seis meses é completamente incapaz sem ela, não podendo fazer nada sozinha e deseja poupar-lhe todo o sofrimento bem como toda dificuldade e toda frustração. Diante da aflição da mãe, Carole tornou-se especialista em fazer a mãe ocupar-se dela: não segura os objetos, não brinca com suas próprias mãos, não quer sentar-se, nem se mexer ou deslocar-se, ficando completamente passiva. Sua mãe inclusive parou de trabalhar para cuidar dela. Mas com este sistema de dependência extrema de Carole, a mãe ficou mais que ocupada! Tudo se passava como se Carole fosse mantida em uma “gaiola dourada” em que todos os seus desejos eram satisfeitos mesmo antes que fossem expressos. No entanto, este é um círculo vicioso no qual a passividade do bebê reforça a ilusão na mãe de ser totalmente indispensável, e seu bebê totalmente incapaz.

Estas duas vinhetas clínicas nos mostram como há, nestes casos, uma ameaça ao sentido de identidade da mãe: ela estaria arrebatada pela “hiperidentificação” com o bebê incapaz, extremamente frágil, “moribundo”, estando ela própria “à beira da morte”. É nesse contexto que a exaustão, a agressividade contida e a culpabilidade configuram um estado psicopatológico que frequentemente é expresso pelas mães sob a forma de impotência em compreender e acalmar seu bebê, além de rebaixamento da sua autoestima, além de sentimento de incompetência (Cramer, 2002)

Por outro lado, diante da percepção da hipervulnerabilidade do bebê, a mãe poderia recorrer, como outra resposta defensiva extrema, a uma tentativa forçada de desidentificação com o bebê. Tudo se passa como se, diante da angústia materna de reviver regressivamente sua impotência infantil, a mãe rejeitasse qualquer tipo de aproximação com seu bebê, tornando-se impossibilitada de cuidar e estabelecer um vínculo amoroso com ele. Tal tentativa parece estar marcada por uma atitude acusatória e reivindicatória em relação ao bebê: ele é tido como tirânico e egoísta, impedindo sua mãe de se ocupar dela própria ou de suas atividades. A angústia aumenta na mãe em função do ódio que sente contra esse “tirano”. Neste caso, é o sentimento de raiva e impotência ligado à incompreensão total do bebê que predomina.

Estas respostas que são marcadas por uma dimensão de passividade absoluta e sentimento de culpa e tristeza profunda na mãe nos remetem ao quadro tão frequentemente descrito como “depressão pós-parto” ou “depressão materna”.

A depressão pós-parto é um quadro clínico severo e agudo que acomete entre 10 e 20% das mulheres, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar por anos. Os quadros depressivos na maternidade compreenderiam uma série de sintomas como: alteração do sono e do apetite, crises de choro, problemas de concentração, falta de interesse em atividades de que antes gostava, sentimento excessivo de culpa e impotência, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, apatia, irritabilidade, tristeza profunda, mudanças bruscas de humor, letargia, dentre outros. Tais sintomas, no caso da depressão materna, tendem a ter duração mais prolongada, podendo prejudicar as atividades cotidianas da mulher e o próprio cuidado com o bebê. A gravidade do quadro é marcada pelo que tem de incapacitante, afetando a funcionalidade da mãe e pondo em perigo tanto seu bem-estar quanto o do bebê (Folino, 2008; Iaconelli, 2005).

As depressões pós-parto já foram conhecidas no século XVII como *melancholia ex-utero* (Boukobza, 2000), apontando para uma situação patológica que tem a especificidade de ocorrer com o nascimento do bebê. Segundo o autor, na depressão materna, devido à fragilidade de sua própria constituição narcísica, a mãe estaria impossibilitada de investir narcisicamente seu filho. Os investimentos narcísicos recebidos pela própria mãe é que serão fundamentais para a qualidade dos investimentos que ela poderá proporcionar ao seu bebê. No caso da depressão, o bebê é vivido como aquele que impõe à mãe a renúncia radical ao seu próprio espaço psíquico, como aquele que invade e ameaça seu território egoico. A mãe não poderia, portanto, investir narcisicamente seu bebê, não sendo capaz de entrar e sair do estado de “loucura materna ordinária”. Nestes casos, a mãe parece não suportar a regressão narcísica e a total exigência de disponibilidade que o nascimento do bebê provoca uma vez que, ao fazê-lo, ela correria o risco de se “perder”, de sucumbir a um colapso narcísico.

A depressão materna nos faz pensar que, nesta mãe, os conteúdos psíquicos encravados retornam, de maneira disfarçada e ameaçadora na relação com seu filho. O que não pôde entrar na cadeia representativa, reaparece de maneira encarnada, condenado a se calar novamente diante da criança e da mãe. Segundo Machabert (2003), frente a esta revivência e nova impossibilidade de dar sentido a tais elementos irrepresentáveis, a mãe se apresenta com um olhar no vazio, o rosto petrificado, o corpo desabitado, perdida em

seus pensamentos. A impotência, a incompreensão, a hostilidade e a falta de esperança de se familiarizar com a estranheza, marcam a relação desinvestida desta mãe com seu filho.

Como vimos sustentando ao longo desta tese, o que está na base do traumático da maternidade é a revivência do estado de desamparo originário na mãe, a reatualização do seu narcisismo e suas angústias primitivas frente ao apelo do bebê e da sua necessidade de ser contido em seu desamparo. Nos quadros depressivos na maternidade, esta revivência é desestruturante, podendo ser vivida como insuportável ao ego materno já precariamente constituído. A questão da depressão materna parece apontar, portanto, para uma precariedade na dimensão narcísica, o que nos exige considerar, para perscrutar o que estaria em sua base, a problemática da perda, do luto e da melancolia.

Ao investigar o conceito de depressão na psiquiatria, Berlinck e Fédida (2000) buscam diferenciá-la da melancolia. O quadro clínico da depressão não aparece designado como tal nos escritos de Freud, sendo explorado por ele apenas a melancolia como uma neurose narcísica. Segundo Berlinck e Fédida, a depressão se constitui, na psicanálise pós-freudiana como um estado de luto que se manifesta nas diferentes estruturas clínicas com intensidades variadas. Depressão e melancolia não seriam sinônimos, pois “enquanto a depressão é estado de luto muito primitivo, manifestando-se sem culpa, a melancolia é neurose composta de conflito, culpa e depressão” (Berlinck & Fédida, 2000, pag. 11). Nesta perspectiva, a depressão estaria contida na melancolia, mas não equivale à sua totalidade.

A depressão seria um estado de ausência, de vazio, correspondendo a um tempo parado, a um psiquismo preso no “atual”. “A depressão seria, então, um estado durando o tempo necessário para que o vazio inanimado do vivo se constitua como organização narcísica, e retorna toda vez que o psiquismo solicita uma restauração de seu narcisismo” (Berlinck & Fédida, 2000, pag. 15). Se pensamos a maternidade como um evento necessariamente traumático que provoca abalo significativo nas bases narcísicas, podemos depreender a dimensão depressiva que é tão frequente nas mães.

Chabert (2005) defende que a problemática fundamental e inelutável que sustenta a clínica da depressão é a confrontação à perda e a maneira pela qual cada um é capaz de tratá-la psicologicamente. Ao retomar a obra freudiana, a autora pontua que o sentimento de tristeza se encontra frequentemente associado a perda, ainda que o objeto da perda permaneça enigmático. É neste sentido que, em *Luto e Melancolia* (1915), Freud aponta que a problemática implicada no luto seria a da perda do objeto, diferenciando da

melancolia, na qual o sujeito sofre uma perda de seu próprio ego que se identifica com o objeto perdido. Desta forma, há uma diferença notória entre a perda objetual implicada no luto e a perda narcísica assinalada na melancolia.

O movimento melancólico constituiria uma resposta diante da passividade da perda do objeto. A melancolia aparece como recurso frente à passividade da perda do ser amado, da perda do objeto e finalmente da perda dos limites do próprio sujeito, tornando-a uma ocasião privilegiada para o aparecimento da ambivalência das relações de amor.

Maria Teresa Marques Moreira relata extensamente em seu livro *“Ser mãe é padecer, mas não no paraíso. É a ditadura do peito”* (1993) sua experiência depressiva com a chegada de seu primeiro filho. A autora conta que antes do parto era uma pessoa alegre, ativa e cheia de energia, que gostava de trabalhar e garantia o sustento de sua casa. Logo antes do parto, ela estava em um momento de instabilidade em sua vida pessoal e em um importante momento de sua vida profissional. A necessidade de adiantar em algumas semanas o nascimento do bebê devido a uma exigência médica parece desestabilizar muito seus planos a respeito de como todo o momento do parto e do nascimento se dariam. Ela estava fazendo uma obra em seu apartamento que não parecia ter previsão de término até que o bebê nascesse. Ela continua se arrumando para o evento do trabalho mesmo já com as dores do parto. Esta mãe parece não aceitar que o bebê de fato nasceria, nem reconhecer o momento de urgência de sua chegada.

O parto é relatado como um momento bastante traumático no qual a autora diz se sentir invadida por “seres estranhos”: médicos, máquinas e luzes”, criando um ambiente hostil que a impede, desde o primeiro momento, de se vincular e se identificar com o bebê. As primeiras semanas são marcadas por enorme dificuldade da mãe em amamentar, acalmar o bebê e por episódios frequentes em que ela tinha vômitos e diarreias antes da amamentação. O bebê chorava sem parar e a única maneira que ela conseguia acalmá-lo era oferecendo o peito, o que só conseguia fazer depois que expulsasse de si o que lhe fazia mal por dentro. Essa necessidade de “expurgo” através de vômitos e diarreia antes da amamentação, atuaria para ela como uma maneira de se “limpar” de um sentimento de raiva e ódio antes do momento de troca com o bebê, na tentativa de protegê-lo contra sua hostilidade e receber o leite “livre” de sentimentos ruins.

Esta rotina a exauria e aos poucos os sentimentos hostis que a invadiam desde o parto, acabaram se direcionando para o bebê. Sentia como se tudo fosse “para o bebê” e, assim, nada sobraria para ela. Sentia-se esvaziada, incompetente. A narrativa dos meses que se sucedem ao parto é permeada por sentimentos de desespero, choros constantes e

culpa por não corresponder a um ideal que ela mesma tinha da maternidade. A mãe entra numa espiral de depressão profunda sem conseguir vincular-se ao seu filho, e, mais do que isso, desinvestindo-se dela própria. Tudo se passa como se o ódio e a hostilidade diante do sentimento de invasão e perda de controle veiculados pela experiência da maternidade a lançassem em uma revivência radical de sua passividade.

Este relato nos ajuda a pensar nos casos em que a mãe, ao se identificar com o bebê e reviver sua passividade originária, não suportaria estar novamente neste lugar e atacaria ao mesmo tempo seu próprio ego (ela se desqualifica, não reconhece suas potencialidades como mãe) e a possibilidade de vínculo com o seu bebê (ela se afasta do bebê, se ausenta dos cuidados e se torna indisponível ao se deprimir): em vez de dirigir seu ódio para o bebê e atacá-lo, a mãe ataca violentamente seu próprio ego, se desqualifica e se aprisiona na passividade.

O que gostaríamos de destacar a partir destas defesas extremas frente à percepção do bebê como hipervulnerável é que em ambas as respostas, o que está em jogo é o esgotamento dos recursos narcísicos e libidinais maternos frente ao traumático desestruturante da maternidade e a possibilidade (ou não) psíquica de lidar com o excesso que ele veicula. Por um lado, a resposta pode ser da ordem de uma hipervigilância obsessiva do bebê que exaure a mãe e, por outro, de uma desvinculação radical que a impede de cuidar de seu filho. É importante salientar também que estas defesas podem estar presentes alternadamente na mesma mulher uma vez que, analogamente às patologias fronteiriças, o centro da questão se coloca sob a dicotomia entre as angústias de engolfamento, quando o objeto se aproxima demais, e de separação, quando ele se afasta.

A loucura normal da maternidade irá lançar inescapavelmente a mulher em uma questão de fronteiras na qual ela terá que se haver com o conflito entre essas angústias. Contudo, no campo da loucura materna “extraordinária”, tais angústias assumem caráter radical deixando a mãe “aprisionada” em polos que se alternam entre um “demais” e um “muito pouco”, sem possibilidade de intermediação. Tanto de um lado quanto do outro, a mãe parece incapaz de reconhecer a alteridade do bebê, de vê-lo como um outro. O que parece estar em jogo aí é a impossibilidade de separação do seu bebê, mas também e mais ainda do bebê que ela mesma foi e de sua própria mãe.

III.5 – Impossibilidade de separação: a confluência dos registros arcaico, primário e edípico no extremo da maternidade

A análise da loucura materna “extraordinária” nos aponta para a importância do processo de separação-indivuação inerente à relação mãe-bebê e para o seu fracasso. Se, como já pontuamos anteriormente, é necessária e estruturante num primeiro momento uma relação marcada por uma regressão que permite à mãe uma maior sensibilidade e abertura para o bebê, é também necessário, depois de um certo tempo, que a mãe possa abandonar a posição regressiva que caracteriza a loucura materna ordinária e inaugurar um processo de separação. Separar-se é tarefa do bebê, mas também – e sobretudo – da mãe. Quando a mãe é incapaz de abandonar esta “doença normal”, ficando presa num estado de regressão permanente, estamos diante de um traumático desestruturante, deletério tanto para a mãe quanto para o bebê.

Aulagnier (1979), ao falar do espaço no qual o eu pode constituir-se, está se remetendo a todo esse processo de separação-indivuação inerente à relação mãe-bebê. Nos casos em que a mãe não consegue abandonar o lugar de totalmente necessária para o bebê, isto é, em que a loucura materna ordinária não cede espaço para a (re)constituição do narcisismo da mãe e do bebê, predomina a univocidade do discurso materno. Nestes casos, o discurso materno exerce o que a autora denomina violência secundária.

Segundo Aulagnier (1979) a violência primária é aquela que exerce um discurso que antecipa todo o entendimento possível. Trata-se de uma violência que se projeta sobre o corpo do bebê desde antes de ele nascer, mas que é necessária para permitir o acesso do sujeito à ordem do humano. O discurso da mãe é uma espécie de “sombra falada”, portavoz dos desejos e das necessidades do bebê. Mas, para que haja um efetivo processo de separação, é preciso que essa sombra falada dê lugar ao Eu falante, de tal modo que a metabolização operada inicialmente pela mãe sobre o vivenciado pelo bebê vá progressivamente sendo operada pela própria criança. Nos casos em que o discurso da mãe permanece totalitário, estaríamos diante da violência secundária como excesso da violência primária.

A violência secundária seria aquela em que a mãe permanece como única fonte de cuidados de tal modo que a passagem do discurso materno para o Eu falante fica impossibilitada. Quando a violência operada pelo discurso materno atualiza-se, infiltra-se inescapavelmente um desejo que permanece inconfessado pela própria mãe – não estaríamos aqui diante da intromissão, como a define Laplanche? – de preservar o “*status quo*” da relação primária, de uma não modificação do atual, de que “nada mude”. A

violência secundária fala do perigo de não aceitar a renúncia e a tentação do excesso da completude e da totalidade que não deixa espaço para o outro.

Aulagnier não deixa também de considerar que esta relação marcada pela violência secundária não estaria referida ao desejo e ao reconhecimento do bebê como um novo ser, com sua própria história e seus próprios desejos singulares. Nestes casos, o desejo da mãe estaria ligado ao retorno de uma criança que já existiu ou de um momento temporal que estaria se repetindo. A violência secundária teria em sua base o desejo de reviver inversamente a relação primária com a própria mãe, desejo que acaba por excluir dos investimentos maternos tudo que se refere ao momento de origem da criança. Desde os primeiros encontros, uma rachadura, uma discordância, um “demais” ou um “de menos” evidenciarão o conflito que a vinda da criança reativou e reatualizou na mãe.

Um dos aspectos fundamentais que parece estar em jogo na impossibilidade de separação da mãe com o seu bebê é uma dificuldade no próprio processo de separação dela com a sua mãe. A mãe não desejaria efetivamente a criança, mas o que permanece sendo “a criança da (sua) mãe”: ela esperaria um retorno de um “ela mesma” como fonte do prazer materno, permitindo-se viver uma relação incestuosa e arcaica em posição invertida com sua própria mãe. Ela sentiria então como fonte de desprazer tudo o que na existência do bebê tomasse forma de imprevisto, de uma demanda cuja resposta não é conhecida. Numa tentativa radical de manter a integridade do seu ego diante da alteridade do bebê, a mãe tentaria dominá-lo de forma extrema, não deixando espaço para sua subjetividade, o que aponta para um discurso materno tirânico que não se deixa apagar e dar lugar para o surgimento de uma alteridade diferenciada.

Aprisionada pelos elementos encravados que lhes foram intrometidos num momento muito primário e que parecem ressurgir agora com força total, essa mãe parece ter a tendência inescapável de repetir em bloco aquilo que não pôde ser de fato traduzido, aprisionando agora também o seu bebê. Nestes casos, poderíamos supor a presença “em bloco” de determinados elementos que advêm do outro, sem encontrar no ego do sujeito uma via de elaboração fazendo com que a mãe fique “estagnada” em seu próprio tempo arcaico, impossibilitada de se identificar e se separar da sua própria história e consequentemente do seu bebê.

Esta impossibilidade de identificação nos remete à questão da transmissão psíquica e a uma herança do “intraduzível”, apoiados nas contribuições de Abraham e Torok (1995) a respeito da incorporação. A incorporação mantém o objeto instalado no psiquismo e constitui uma defesa, uma resistência ao trabalho de luto e separação e às

mudanças que neste estariam implicadas. A incorporação se faz presente quando se dá uma perda súbita de um objeto narcisicamente indispensável, perda cuja característica é interditar a comunicação. As perdas narcísicas que têm a incorporação como destino seriam aquelas que não poderiam ser confessadas como perdas. No extremo da maternidade, o processo de separação e luto do objeto fica entravado, estando em jogo o mecanismo da incorporação que pode levar a respostas radicais por parte do ego materno.

O conceito de cripta é central na obra desses autores. Para eles, a cripta se encontraria entre o inconsciente e o eu como uma espécie de inconsciente artificial instalado no seio do próprio eu. Na cripta, o desejo encontra-se enterrado sem conseguir renascer ou morrer, e nela não se diferenciam passado e presente nem vida e morte. Seu conteúdo não é passível de ser posto em palavras e tenderá a ser transmitido em estado bruto através das gerações. A construção de uma cripta estaria intrinsecamente atrelada ao mecanismo da incorporação, considerando que uma cripta só é construída quando há impossibilidade de se realizar o trabalho de luto de determinado objeto. Na construção de uma cripta o sujeito esquiva-se de admitir a perda do objeto; em vez disto, incorpora o objeto e o “guarda” no interior da cripta, que implica uma clivagem do eu.

O conceito de cripta reúne, de certa forma, as noções que vimos trabalhando até aqui: determinados elementos intrusivos, os quais não foram capazes de entrar no processo de tradução acabam adquirindo caráter de estrangeiro radical. Na medida em que estes elementos não são recalcados nem entram na cadeia de representação na própria mãe, acabam sendo transmitidos em estado bruto no processo de incorporação. Os elementos que não puderam ser representados tendem a ficar aprisionados no psiquismo com o imperativo de se repetir. Instalam-se no aparelho psíquico e pressupõem um “não trabalho” egoico, no sentido de uma apropriação. Tudo isso nos ajuda a compreender melhor o traumático desestruturante que estaria na base da loucura materna “extraordinária”.

A questão do transgeracional e da transmissão de elementos irrepresentáveis parece então estar fortemente presente na psicopatologia da maternidade. É o que explica Carel (2013), ao relatar os casos em que a mãe se sentiria “atacada” pela alteridade do bebê, podendo colocar em jogo um tipo de defesa que ele denomina “solução geracional”: a “solução geracional” estaria destinada a ligar identificatoriamente a imago do bebê a uma imago ancestral. Na “solução geracional” o recém-nascido é massivamente identificado pela mãe aos seus ancestrais, colocando o bebê quase como uma “reencarnação”, um retrato quase perfeito e em identidade absoluta com um parente da geração anterior. Para

o autor, a representação da criança na psique parental é prisioneira desta transmissão genealógica imaginária. Desejamos sublinhar aqui a importância no campo da transmissão psíquica geracional do mecanismo da incorporação e de como na loucura materna “extraordinária”, haveria a presença de elementos encriptados que o ego se torna incapaz de dissolver. Quando a elaboração do que é herdado através das gerações não é viável, a temporalidade psíquica se torna estagnada, o que nos fala de um impossível processo de separação do outro.

Supomos, desse modo, a insistência no universo psíquico dessas mulheres, de um negativo da identificação, através do qual se opera a tomada de marcas traumáticas da vida subjetiva do objeto: é como se essas viessem “em bloco”, invadindo o ego e impossibilitando representação e trabalho psíquico e de pensamento. O que parece estar em jogo aí é o que Green (1988/1995) chamou de impossibilidade de realização do trabalho do negativo.

O conceito de trabalho do negativo diz respeito ao “apagamento” do objeto primário que possibilita a emergência de vários objetos substitutivos. O objeto deve se deixar apagar e continuar existindo na estrutura psíquica. Ao se preocupar com as relações objetais, Green discute o que denomina “clínica do vazio”, caracterizada pela destrutividade, pelo desinvestimento, pela fusão com o objeto e identificação com o objeto destruído pela separação. Pensando na constituição psíquica desses pacientes, o autor demonstra a necessidade incontornável de que o objeto absolutamente necessário seja apagado no espaço intrapsíquico para que possam advir desejo e pensamento.

O trabalho do negativo é responsável pelo apagamento do objeto primário, condição *sine qua non* que possibilita a constituição das fronteiras psíquicas internas e externas. Ressaltamos aqui, nesse sentido, a realização do trabalho do negativo como possibilidade/condição da existência de um trabalho de identificação e separação, próprio da dimensão do materno.

A que se referem o fracasso no trabalho do negativo e a impossibilidade de apagamento e separação do objeto primário? O objeto que carrega consigo marcas de um trauma desestruturante, irrepresentável, dificilmente se deixará apagar e internalizar como estrutura psíquica. Assim, há presença excessiva do objeto primário que deixa o psiquismo materno preso no “atual” e impossibilita o surgimento de um espaço psíquico pessoal que comportaria os processos de simbolização.

No fracasso do trabalho do negativo há, portanto, dificuldade no apagamento do objeto primário que conduz a um mecanismo de desinvestimento extremo onde a meta

destrutiva, essencial da pulsão de morte, prevalece sobre o psiquismo, incapacitando-o para a simbolização. Dito de outro modo, ocorre no psiquismo, nesses casos, um desinvestimento extremo, relacionado ao fracasso do trabalho do negativo, que incide sobre os próprios investimentos psíquicos que capacitariam o psiquismo a simbolizar. Há assim um domínio interno da violência pulsional e uma precariedade na constituição dos limites psíquicos e das fronteiras entre eu e não-eu.

Em relação à maternidade, Green (1988) traz importante noção que nos ajuda a pensar na impossibilidade de separação e de realização do trabalho do negativo: a figura da “mãe morta” que se trata fundamentalmente de uma mãe que permanece viva, mas psiquicamente morta aos olhos do bebê. Essa mãe morta é aquela que, diante de um episódio depressivo radical, passou a desinvestir seu bebê. Apesar de focar sua argumentação nas consequências dessa mãe que se deprime sobre a constituição psíquica do bebê, a noção de “mãe morta” nos inspira a pensar o que estaria na base deste complexo que entrava radicalmente essa maternidade. No extremo da maternidade, estaria em jogo novamente um fracasso do trabalho do negativo, marcado pela impossibilidade de negativar, se separar e ressignificar aspectos traumáticos presentes no psiquismo materno que permanece imóvel frente ao traumático que a maternidade implica.

Como vimos sustentando, a maternidade se apresenta como um tempo de grande vulnerabilidade psíquica que pode ter um desfecho rico de potencialidades reorganizadoras, mas que pode também ultrapassar certo limite da “loucura normal” e tomar proporções extremas. Focamos nossa atenção principalmente sobre a revivência de um momento muito arcaico na maternidade, mostrando como a mãe estaria necessariamente regredida para que houvesse este estado de “abertura” ao outro. No entanto, cabe sublinhar que a crise psíquica da maternidade provoca abalos em diferentes registros.

Segundo H. Parat (2008), o extremo da maternidade nos obriga a repensar o laço entre as angustias qualificadas como arcaicas e as que podemos considerar como decorrentes do conflito edípico e suas reatualizações. A mãe reatualiza com seu filho o seu próprio laço materno primário e isso é a base para que ela possa ser para o seu próprio filho um ego auxiliar adequado, para que possa entrar no estado de preocupação materna primária e depois, se restabelecer. Mas seja qual for a extensão dessa regressão materna necessária e traumática, a mãe estará novamente diante de sua própria sexualidade infantil e dos conflitos edípicos. Ao mesmo tempo que é necessário pensar o lugar do arcaico na

emergência das psicopatologias da maternidade, é necessário também nunca esquecer a complexidade edípica ante a particularidade da crise psíquica característica da maternidade.

A autora traz uma vinheta clínica que ilustra bem a confluência entre estes diferentes registros na maternidade: Clara retorna à terapia depois do nascimento de sua segunda filha, dizendo-se angustiada constantemente pelo choro de seu bebê e pela violência de seu mal-estar durante a amamentação. Desde sua gravidez, ela ficou decepcionada por não estar esperando um menino, através do qual a analista imaginava poder trabalhar com a paciente sua reivindicação fálica.

Ela mesma foi a segunda filha de seus pais, tendo tido um irmão mais velho e uma irmã mais nova. No nascimento de sua primeira filha, tudo correu de forma tranquila e a amamentação se deu sem dificuldades notórias. Mas na segunda, ela não sabia dizer se sua filha estava satisfeita, se ainda tinha fome, cada choro lhe fazendo temer o pior. Clara oferecia o seio à filha sem parar e seu estado depressivo perdurava e piorava. Mas a idéia do desmame proposta pelo pediatra lhe parecia ainda pior: dar o seio a angustiava, mas parar de amamentar significaria colocar sua filha em perigo de morte.

Antes de sua gravidez, a analista havia podido abordar o impacto que Clara sofrera com a depressão de sua própria mãe quando ela tinha cerca de 5 anos, “em pleno desabrochar edípico”. Uma depressão que Clara sempre soube estar ligada a um aborto espontâneo que precedeu o nascimento de sua irmã. Neste momento, ela ficou muito próxima de seu pai, tendo sido violenta sua culpabilidade inconsciente ligada à rivalidade com sua própria mãe e às fantasias mortíferas em relação à criança esperada e “perdida”.

Clara parecia então, diante do nascimento de sua segunda filha, estar identificada com a dor de sua mãe, com a dificuldade de investir sua filha – este segundo bebê, tal como ela mesma foi. O nascimento desta segunda filha reativou feridas arcaicas até então contidas. O que a autora ressalta é que a condensação dos registros arcaico e edípico pode aparecer como, ao mesmo tempo, flagrante, mas mascarada pela imobilidade psíquica envolvida em sua intensa depressão pós-natal.

O tempo da maternidade é um tempo de confusão. Em cada mulher, os abalos da maternidade resultam em reatualização dos mais variados níveis do funcionamento psíquico. Arcaico, primário e edípico se mesclam, se enlaçam de forma particular e amplificam o valor de crise e de potencial remanejamento deste momento específico em que o ego se encontra clivado, os mecanismos de defesa habituais se encontram “impotentes”, o sentido de identidade pessoal está fragilizado, e a relação com o objeto

se estabelece sob o modo de confusão entre o eu e o outro. Os abalos da maternidade vêm precisamente interrogar a qualidade da organização edípica feminina em seu papel protetor ante o perigo da regressão.

Neste sentido, o Édipo feminino assume caráter organizador e protetor, nos ajudando a pensar em seu papel de contenção das angústias arcaicas, que evita que estas apareçam com toda força em um tempo de crise. Muito além de a questão estar centrada sobre a inveja do pênis, o que está em jogo no Édipo feminino é a questão da perda, das faltas e das angústias de castração feminina.

A angústia de castração feminina é de outra ordem: seus objetos são mais variados, suas formas simbólicas menos claramente localizáveis. Na clínica da maternidade, estas angústias de castração podem se exprimir através do medo de se tornar unicamente uma mãe e de não ser mais uma mulher desejável e desejante; angústia de uma invasão do interior do corpo, do corpo do seu interior; angústia do parto; angústia de morte da criança etc. As perdas femininas são múltiplas e incessantes, do sangue da menstruação ao leite do desmame: em cada mulher, essas angústias podem tomar diferentes proporções.

Freud já apontava que colocar uma criança no mundo é o ponto culminante do Édipo feminino, que traz consigo a revivência da culpabilidade ligada às fantasias eróticas em direção ao pai e a reatualização de antigos desejos recalcados: desejo de conceber uma criança tal como sua mãe, desejo de se fazer nascer a ela mesma, desejo de um bebê-fezes, depois de um bebê-pênis, artefato fálico enfim obtido pela menina edípica. Essas figuras se combinam, se condensam, se intercambiam, se sobrepõem. O campo do materno parece assumir caráter mortífero quando a angústia de castração de nível edípico fica em risco de ser abalada pela coalescência com as outras angústias, reanimadas.

Quando estamos no campo de uma loucura materna “extraordinária”, da psicopatologia da maternidade, a angústia de castração parece não ter jamais desempenhado seu papel organizador. No extremo, os abalos psíquicos da maternidade tornam-se particularmente desestabilizantes, para além ou aquém de uma vacilação identitária temporária onde uma angústia de castração pode não ser mais protetora.

Ao longo deste capítulo, pudemos pensar como a questão da separação, dolorosa e necessária, aparece como o paradigma da loucura materna ordinária. Mas, no âmbito do extremo, de uma confusão entre os diferentes registros de angústias, entre indistinção, separação, perda e castração, quando a angústia edípica não é bem-sucedida em circunscrever aquelas que logicamente a antecedem, é a perda de limites que aparece e a

loucura materna corre o risco de ser lançada sobre um terreno mortífero do “extraordinário”.

Sustentar que os impasses na travessia da maternidade apontam para a confluência dos três registros arcaico, primário e edípico, abre caminho para pensarmos a importância da complexidade da dimensão temporal do psiquismo e como na experiência da maternidade, tal confluência está em jogo. Poder ser (ou não ser) mãe como a própria mãe nos aponta para a presença, desde a gravidez até o nascimento e o desenvolvimento da criança, de elementos do plano arcaico, do corpo a corpo; primário, do encontro com o objeto sedutor; e edípico, da relação de desejo e rivalidade com as figuras parentais. O enigma do materno parece condensar esses diferentes planos e, nos casos em que este enigma se torna um “veneno”, um estrangeiro radical, a maternidade pode ser vivida como experiência de excesso, de colapso, de desmoronamento psíquico, de transgressão de fronteiras, em verdadeira loucura materna “extraordinária”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos mostrar a presença inescapável de uma dimensão traumática em toda experiência de maternidade, tendo como fio condutor a questão das *fronteiras* e de como estas estão implicadas na problemática da loucura materna. Do ordinária ao extraordinário, a maternidade provoca na mulher uma série de angústias, o que permite caracterizá-la como verdadeira crise psíquica; a maneira pela qual o sujeito irá lidar com tais abalos será determinante para a singularidade da travessia dessa experiência subjetiva.

Iniciamos nossa argumentação através da investigação da dimensão do materno e do papel que desempenha nos fundamentos da vida psíquica, compreendendo-a como a base sobre a qual se ancora o psiquismo. Examinamos como se articulam a imaturidade do psiquismo infantil e a complexidade dos desejos maternos, levando em consideração que essa problemática se encontra em jogo na história psíquica de todos os sujeitos. No caso da mulher, entretanto, muito antes da experiência da gravidez e do tornar-se mãe, as vicissitudes do materno serão fundamentais para o exercício da maternidade, fornecendo o berço de suas futuras capacidades maternantes.

Através da articulação da noção de materno, particularmente, com os conceitos de narcisismo, feminilidade, complexo de Édipo, identificação e sedução, exploramos o papel do materno no processo de constituição subjetiva tendo como premissa que cada experiência subjetiva está necessariamente inserida na lógica do *a posteriori*, comportando elementos numa relação de sobredeterminação. A questão da complexidade da *temporalidade* psíquica apresentou-se, portanto, como elemento fundamental em nossa reflexão no decorrer da pesquisa.

Tendo em vista essa questão da complexidade da temporalidade psíquica, um dos tópicos cuja articulação com o materno nos interessamos em investigar foi a problemática da adolescência, com especial destaque em nossa argumentação, uma vez que representa, na história psíquica da menina, a partir, em grande parte das mudanças biológicas promovidas pela entrada na puberdade, a abertura do caminho para o acesso à experiência da maternidade. Essa condição, uma das marcas na adolescência feminina, é que ela mobiliza energias, desperta ansiedades e conflitos psíquicos latentes.

As ressonâncias psíquicas das transformações corporais da gravidez e da experiência da maternidade têm caráter inescapavelmente traumático, no sentido de um

traumático constitutivo no psiquismo da mulher. Diante do excesso que esse vivido veicula no psiquismo, desejamos analisá-lo nas fronteiras entre o normal e o patológico, vivido incidente igualmente nas fronteiras entre o eu e o corpo, entre o eu e o outro, entre as instâncias psíquicas, entre diferentes gerações.

A partir do desenvolvimento de noções como “preocupação materna primária” tal como desenvolvida por Winnicott e “loucura materna ordinária” de acordo com a contribuição de André Green, pudemos argumentar como a experiência da maternidade estaria ela mesma no limite entre o “normal” e o “patológico”, sendo necessária certa dose de “loucura ordinária” para uma relação mãe-bebê inicial saudável. Trata-se do dito estado de “loucura materna ordinária”, entendido, dentre outros aspectos, como perturbação regressiva e dissociativa na dinâmica psíquica da mulher – no advento de sua condição de mãe.

As idéias trazidas por M. Bidlowsky em muito nos auxiliaram, em especial a noção de transparência psíquica na maternidade, ou seja, a suposição de um rebaixamento temporário do recalque durante a gravidez, permitindo maior “permeabilidade” entre as instâncias psíquica em função do retorno, no psiquismo materno, de certas fantasias e memórias infantis, motivadas por esse afluxo regressivo. A revivência dos complexos infantis na experiência da maternidade é um elemento de fundamental importância para a compreensão da complexidade envolvida na dimensão do materno. É somente graças a este “rebaixamento” das defesas psíquicas que se torna possível uma efetiva abertura ao estado de loucura materna ordinária.

A experiência da maternidade, mais do que esse fenômeno, o encontro com essa dimensão do materno, reaproxima o sujeito, no caso a mulher, de um funcionamento psíquico muito ligado ao sensorial, tal como vivenciado nos primórdios da constituição psíquica, quando o ego se constitui a partir da relação com o corpo, na constituição do que Anzieu denomina “eu-pele”. Com a chegada do bebê, a mulher tem novamente suas bases narcísicas abaladas naquilo que estas têm de mais próximo com o real do corpo. No que concerne às fronteiras entre o eu e o corpo, a verdadeira loucura da maternidade está ligada ao fato de que o corpo se torna habitado como receptáculo para outro corpo que dentro dele vem a se desenvolver: um corpo estranho, mas que faz parte de si. Na experiência da gravidez, nesse tempo extraordinariamente curto de nove meses, a mulher vê seu corpo se transformar de maneira radical, e, para novamente se transformar após o parto.

Com a chegada do bebê, a mulher se encontra diante de um estado de radical dependência desse pequeno ser que nasce, como vimos – num sentido mais amplo – “necessariamente prematuro”, exigindo da mãe cuidados para sua sobrevivência. Se a noção de “preocupação materna primária” aponta para a suposição de uma profunda identificação da mãe com seu bebê para dar conta das necessidades dele, a noção de “loucura materna ordinária” remete-nos para a ideia de uma profunda identificação da mãe com o bebê que ela mesma foi. A experiência da maternidade restitui, assim, ou faz reviver todas as feridas narcísicas antigas da mãe, seus traumatismos, seus lutos e tudo aquilo que ela recebeu como herança geracional, acessíveis sob o efeito da transparência psíquica e da suspensão do recalçamento. Este permite a abertura, no tempo da gravidez, de uma janela menos opaca sobre o inconsciente do sujeito mãe. Não apenas o bebê nasce necessariamente prematuro, mas esta também o é.

A partir das formulações de J. Laplanche, desejamos sublinhar como a dimensão dos cuidados maternos traz consigo a transmissão de conteúdos enigmáticos para a própria mãe, marcados por seu caráter inconsciente. Nesse movimento, ressaltamos a relevância da questão da passividade pulsional: passividade do bebê frente aos conteúdos enigmáticos transmitidos pela mãe e, sobretudo, passividade da mãe em relação ao seu próprio sexual enigmático cuja transmissão se revela imperativa. Quanto à transmissão analisamos o fato de a mulher se ver agora no papel de sedutora, daquela que é transmissora das mensagens enigmáticas. Como ficam, nessa nova condição, os limites entre o eu e o não-eu? O que nela vem do outro? Como preservar sua constituição narcísica diante daquilo que foi herdado e do que será passado à geração seguinte?

Em determinados casos, esta transmissão ultrapassa certo limiar, situação relativa ao universo intrapsíquico da mãe, o que nos interroga sobre a questão do trauma, de um excesso irrepresentável, tópico que nos levou a explorar a noção do *extremo* da maternidade. Tal noção se articula com a de intromissão de marcas traumáticas, elementos irrepresentáveis no psiquismo da própria mãe, os quais não conseguiram entrar numa rede de simbolização, no âmbito de seus processos psíquicos, mas tendo permanecido ativos, retornando compulsivamente, sem abertura à historicização.

Nesses casos, a “loucura materna ordinária” torna-se “extraordinária”. Novamente a problemática das fronteiras assume papel de destaque em nossa abordagem: em uma situação em que as fronteiras narcísicas vêm-se abaladas em razão da situação da maternidade, assim como o sentimento de continuidade de si, surgem no universo psíquico da mulher angústias radicais, podendo provocar respostas paradoxais marcadas

por uma superproteção possessiva do bebê e, ao mesmo tempo, por uma rejeição agressiva deste. Devido ao seu caráter inescapavelmente traumático a maternidade pode trazer à tona angústias de abandono e de intrusão que ameaçam a integridade do ego materno. No campo da loucura materna “extraordinária”, essas angústias são vividas de forma radical, configurando uma verdadeira psicopatologia fronteira.

A figura do *baby-blues* constitui um exemplo de resposta fronteira frente ao traumático inescapável da maternidade, o qual, conforme mostramos, já comporta aspectos psiquicamente violentos. O *baby-blues* pressupõe um tempo provisório de suspensão, na fronteira entre o traumático estruturante e o desestruturante, estando inicialmente a mulher, em sua condição de mãe, numa espécie de “fora-do-tempo”, o que até lhe permite vir a integrar psiquicamente as transformações provocadas pela experiência da maternidade. Essa suspensão provisória do tempo já possui o caráter de resposta limite, mas tem um tempo determinado de duração.

Quando isso se apresenta com caráter de fixidez, em que tal suspensão não vem a se dissipar, ficando o psiquismo da mulher aprisionado no imperativo do repetir, estamos diante de um tempo congelado. Nesses casos, a entrada da lógica própria ao *a posteriori* encontra obstáculo de modo que só parece haver lugar para o “atual” do trauma. Não haveria para estas mães uma efetiva possibilidade de inscrição de determinadas marcas traumáticas no passado nem de projeção no futuro, marcas reavivadas pelo confronto com essa experiência disruptiva do materno.

Investigamos, então, duas figuras clínicas, marcadas por um “demais” ou um “muito pouco”, as quais nos auxiliaram a pesquisar a questão do extremo da maternidade. Seja através de uma “hiperidentificação” com um bebê fantasiado como extremamente vulnerável, à beira da morte, precisando constantemente ser vigiado e salvo; seja através de uma “desidentificação” característica da depressão materna, impossibilitando a mãe de ocupar seu lugar e cuidar do bebê – ambas as respostas apontam para o extremo, para a impossibilidade de a mulher se conectar de maneira sintonizada com seu bebê.

Sobre a depressão materna mostramos que, ao se identificar com o bebê e reviver sua passividade originária, a mãe não suporta estar novamente nesse lugar vindo a atacar, ao mesmo tempo, seu próprio ego – se desqualifica, não reconhece suas potencialidades como mãe – e a possibilidade de vínculo com o seu bebê – ela se afasta dele, se ausenta dos cuidados e se torna indisponível ao se deprimir: em vez de dirigir seu ódio para o bebê e atacá-lo, ela ataca violentamente sua própria imagem, aprisionando-se num estado de passividade.

Ao explorarmos a relação entre fronteiras psíquicas e impossibilidade de separação existente nessas situações clínicas que nos falam do extremo da maternidade, introduzimos em nossa reflexão a noção de transmissão de elementos encriptados. A chave para o estabelecimento dessa articulação reside justamente na presença do excesso traumático e da impossibilidade de separação. Nem sempre o psiquismo do sujeito é capaz de se apropriar, se separar e dar sentido àquilo que herda do outro. Nos quadros em que o traumático da maternidade se apresenta em seu caráter extremo, no que consideramos em termos de “loucura materna extraordinária”, o processo de transmitir perde seu caráter estruturante, tornando-se alienante, de modo que o que é transmitido na relação mãe-bebê tende a neste se impor em estado bruto.

Considerando-se a complexidade da temporalidade psíquica, pudemos articular a confluência dos três registros implicados no processo de constituição e no funcionamento psíquico – arcaico, primário e edipiano – na problemática da separação na maternidade. Tais registros falam da passagem feminina da menina ao estatuto de mulher; da transformação da filha em mãe; da transformação da autoimagem corporal durante o ciclo gravídico-puerperal; da passagem de uma relação dual com o bebê a uma relação triangular; da relação entre sexualidade e maternidade; da singularidade das revivências dos complexos infantis na experiência subjetiva da maternidade, particularmente no que diz respeito aos elementos inconscientes aí envolvidos. Cada um desses aspectos implica um abalo que exige de cada mulher uma reordenação psíquica.

Quando é possível dar um destino próprio a esse traumático, a crise psíquica da “loucura materna ordinária” poderá ser vivida como oportunidade a que o psiquismo materno dê sentido ao que ela recebeu de sua própria mãe, inaugurando criativamente uma nova dinâmica familiar na qual ela pode assumir um papel de mãe, cuidar e realizar um processo de separação do seu bebê. Mas, como vimos, nem sempre isso é possível.

Nossas reflexões ao longo da tese nos fazem considerar a importância de termos um olhar mais atento e cuidadoso sobre a experiência da maternidade, principalmente quando nos defrontamos com ela na clínica. A ausência, em grande parte dos estudos, de um olhar para a mãe – priorizando sempre o traumático da constituição subjetiva para o bebê – somado com a percepção cultural de que a maternidade é uma experiência sublime e de completude, não ajudam em nada no reconhecimento do sofrimento intenso em que se encontram essas mulheres que são acometidas por uma verdadeira psicopatologia da maternidade. É preciso que estejamos atentos para os impactos subjetivos desta vivência, que será sempre transformadora para a mãe, mas que poderá lançá-la em um estado de

dor sem precedentes. Cabe a toda a rede de apoio – médicos, família, amigos, psicoterapeutas – saber reconhecer quando estamos diante de uma loucura materna “extraordinária” que precisará de um cuidado mais atento para a preservação da relação e do psiquismo do bebê e do da mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- André, J. “O objeto único”. *Cadernos de Psicanálise da SPCRJ*. 15(18): 67-85, 1999.
- _____. *Folies minuscules*, Paris: Gallimard, 2008.
- Anzieu, D. *Le penser: du moi-peau au moi pensant*. Paris: Dunod, 1994.
- Anzieu-Premmereur, C. “Fondements maternels de la vie psychique”. *Revue Française de psychanalyse*, v. 75, n.5, p. 1449-1488, 2011.
- Aulagnier, P. *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- Badinter, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- Birman, J. “Le corps et l’affect en psychanalyse: une lecture critique du discours freudien”. *Revue du Cercle Freudien, Che vuoi?*, v. 7, p. 13-26, 1997.
- Blos, P. *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Boukobza, C. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, n. 4, 2000.
- Bydlowski, M. “Las representaciones inconscientes durante el embarazo”. In: _____. *La deuda de vida: itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Espanha: Biblioteca Nueva, 2007. p. 75-124.
- Canelas Neto, J. M. “O conceito de ‘limite’ para André Green – um modelo metapsicológico para pacientes fronteiriços”. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 20, n. 1, p. 169-184, abril 2013.
- Cardoso, M. R. “Adolescência e violência: uma questão de ‘fronteiras’”? In: _____. (Org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ, 2001. p. 41-53.
- _____. “Violência domínio e transgressão”. *Revista Psychê*, São Paulo, ano VI, n. 10, p. 161-171, 2002.
- _____. “Entrevista com Jean Laplanche”. In: Cardoso, M. R. (Org.). *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004. p. 193-207.
- _____. “A servidão ao ‘outro’ nos estados limites. *Psyche (São Paulo)*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 65-75, dez. 2005.
- _____. “A impossível ‘perda’ do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 325-338, dez. 2007.
- _____. Violência, domínio e transgressão (2002). In: Cardoso, M. R. & Garcia, C. A. (Orgs.). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 103-113.
- Cupa, D. “Une topologie de la sensualité: le moi-peau”. *Revue française de psychomatique*. Presses Universitaires de France. 2006/1 n. 29 p. 83-100. Paris, 2006.

Figueiredo, L. C. “A metapsicologia do cuidado”. In: _____. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Escuta, 2012. p.131-151.

Folino, C. S. G. Sobre dores e amores: caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, 2014.

França, J. Tornar-se mãe em período perinatal: processos psíquicos de construção da maternidade. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em psicologia clínica e cultura. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, 2013, p. 39-60.

Freud, S. “Projeto para uma psicologia científica” (1895). In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*. (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 335-455. (Artigo original escrito em 1895 e publicado em 1950).

_____. *A interpretação dos sonhos*. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 2.ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v. 4, 5. (Trabalho original publicado em 1900).

_____. “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. In: _____. *Fragmento da análise de um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 117-231. (Artigo original publicado em 1905).

_____. “Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci”. In: _____. *Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos*. (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 11). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 67-141. (Artigo original publicado em 1910).

_____. “Sobre o narcisismo: uma introdução”. In: _____. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*. (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 81-108. (Artigo original publicado em 1914).

_____. “Os instintos e suas vicissitudes”. In: _____. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)*. (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 117-144. (Artigo original publicado em 1915).

_____. “Luto e melancolia”. In: _____. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 271-294. (Edição *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 14). (Artigo original escrito em 1915 e publicado em 1917).

_____. “O estranho”. In: _____. *História de uma neurose infantil e outros trabalhos*. (Edição *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 17). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 237-276. (Trabalho original publicado em 1919).

_____. “Além do Princípio de Prazer”. In: _____. *Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)* (Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 17-75. (Trabalho original publicado em 1920).

- _____. O Ego e o Id. In: _____. *O Ego e o Id e outros trabalhos*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 191-199 (Trabalho original publicado em 1923).
- _____. “A dissolução do complexo de Édipo”. In: _____. *O Ego e o Id e outros trabalhos*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 191-199 (Trabalho original publicado em 1924).
- _____. “Inibições, sintomas e ansiedade”. In: _____. *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos (1925-1926)*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20). Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.79-170. (Artigo original escrito em 1925 e publicado em 1926).
- _____. Conferência XXXIII: Feminilidade (1933[1932]). In: _____. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Artigo original escrito em 1932 e publicado em 1933).
- Garcia, C. A. “O conceito de ilusão em psicanálise: estado ideal ou espaço potencial?” *Estudos de Psicologia* 2007, 12(2), 169-175.
- Guerrero, G. Z. “Le mythe-symbolique dans les fantasies et récits parentaux en périnatalité”. No prelo. 2015.
- Green, A. *De locuras privadas*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Iaconelli, V. Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna. Tese (doutorado em psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2012
- Inglez-Mazzarella, T. *Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações*. São Paulo: Escuta, 2006.
- Knobel, M. “A síndrome da adolescência normal”. In: Aberastury, A. & Knobel, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- Laplanche, J. *Nouveaux fondaments pour la psychanalyse: la seduction originaire*. Paris: PUF, 1987.
- _____. *Problemáticas I: A angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- _____. & Pontalis, J.-B. *Vocabulário da psicanálise* (1982). 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Maia, M. (2005). *Extremos da alma*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Moulin, G. *De femme à mere: une trajectoire du sexuel*. Presses Universitaires de France. Hors collection. 2009, p. 47-60.
- Padrão, C. B. Marcas do originário: do corpo à representação. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica). Departamento de Psicologia, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2015.
- Paraboni, P. & Cardoso, M. R. (2013). O rompimento do silêncio do corpo na hipocondria. In A. B. Freire (Org.), *O corpo e suas vicissitudes* (pp. 109-125). Rio de Janeiro: 7Letras
- Prat, R. “Entre demais e muito pouco: a quadratura do círculo da parentalidade”. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 42, n. 4, 125-137, 2008.

_____. “La terreur de la dépendance comme expérience fondatrice du maternel”. *Le Carnet PSY*. Editions Cazaubon. 2013/1 n. 168, p. 26 a 35.

PRIBERAM.PT. (2013) Crise. Disponível em: www.priberam.pt/dlpo/crise . Acesso em: 08 jul. 2019.

Roussillon, R. “La fonction symbolisante de l’objet”. *Revue française de psychanalyse*. Paris: Presses Univesitaires de France, 1997, p.339-413.

_____. “La dépendance primitive et l’homosexualité primaire <<en double>>”. *Revue française de psychanalyse*. Paris: Presses Univesitaires de France, 2004, p.421-439.

_____. (2005). *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. “Le concept du maternel primaire”. *Revue Française de Psychanalyse*. Paris: PressesUniversitaires de France, 2011, p. 1497-1504.

Schaeffer, J. “Antagonisme et réconciliation entre féminin et maternel”. *Dialogue*, n. 169, p. 5-18, 2005/3.

Stern, D. *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Turcotte, S. Mouvements fusionnels et rejetants et influence des angoisses paranoïdes et dépressives dans l’expérience maternelle de deux états-limite. Tese (de doutorado em psicologia). Département de psychologie, Faculté des arts et sciences, Université de Montréal , 2004.

Uchitel, Myriam (2001). *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma* (Coleção “Clínica Psicanalítica”). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villa, F. C.& Cardoso, M. R. A questão das fronteiras nos estados-limites. In: Cardoso, M. R. (Org.). *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004, p. 59-70.

YI, M.-K. “Passionnément autre: rumeurs de la ‘mère suffisamment bonne’”. In: André, J; David, H.; Dreyfus-Asséo, S.; Guyomard, D.; Thompson, C. & Yi, M.-K. *La folie maternelle ordinaire*. Paris: PUF, 2006. p. 29-45.

Winnicott, D. W. A preocupação materna primária (1956). In: _____ *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1968) “O Uso de um Objeto”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 5, pp. 273-283, 1971.

Zornig, S. M. A. (2010). “Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade”. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470.