

TANIA MARA MARQUES GRANATO

**ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM GESTANTES
À LUZ DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

**São Paulo
2000**

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Granato, T. M. M.

Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária /Tania Mara Marques Granato– São Paulo, s.n., 2000. - 106p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica.

Orientador: Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

1. Maternidade 2. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971 3. Relações mãe-criança 4. Bebês 5. Relações de objeto 6. Psicanálise I. Título.

ENCONTROS TERAPÊUTICOS COM GESTANTES À LUZ DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

TANIA MARA MARQUES GRANATO

BANCA EXAMINADORA

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: __/__/__

*Às flores que habitaram o jardim terapêutico e
cujas cores, formas e perfume inspiraram este trabalho.*

Ao meu marido Celso, pelos gestos de carinho e estímulo nas horas difíceis.

A meus filhos Fernanda, Thaís e Daniel, pela paciência nos momentos divididos com meu trabalho.

À Professora Tânia M. J. Aiello-Vaisberg, pela dedicação corajosa e afetuosa à orientação deste trabalho.

Às amigas Sandra, Eliana e Maria Christina, pela revisão cuidadosa deste texto.

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
APRESENTAÇÃO.....	2
1. PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA.....	6
2. PRIMÓRDIOS DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA.....	16
3. A CAMINHO DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA.....	29
3.1 Prímula e Narciso.....	29
3.2 O Cravo brigou com a Rosa.....	34
3.3 A Superpreocupação de Violeta.....	40
3.4 Amarílis e o Espelho.....	43
4. PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA AMEAÇADA.....	49
4.1 A Menina-mãe.....	49
4.2 Maternidade Resgatada.....	57
5. A PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA E O PSICOTERAPEUTA.....	70
ANEXO: Dicionário das Flores.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

RESUMO

GRANATO, Tania Mara Marques. *Encontros Terapêuticos com Gestantes à luz da Preocupação Materna Primária*. São Paulo, 2000. 106p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Considerando que a construção do conhecimento em Psicologia Clínica exige, desde o início, a integração de uma postura investigativa com a possibilidade de se fazer presente no encontro com o outro, fiz uso do conceito winnicottiano de Preocupação Materna Primária como farol que orienta o psicólogo em sua aproximação das vivências emocionais da mulher durante a gestação e o pós-parto. No fazer do pesquisador presentificou-se o fazer terapêutico, a partir dos dados surgiram as hipóteses e as diversas modalidades de trabalho: entrevistas, cartas, telefonemas e visitas. O campo da maternidade mostrou-se fertilíssimo exigindo, porém, algumas ferramentas básicas para que fosse fecundado, tais como: flexibilidade no atendimento às demandas, acolhimento de toda sorte de angústias, humildade diante da própria ignorância, preocupação autêntica pela paciente e respeito por sua forma de ser.

ABSTRACT

GRANATO, Tania Mara Marques. *Therapeutic Encounters with Pregnant Women under the lights of Primary Maternal Preoccupation*. São Paulo, 2000. 106 p. Master Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Considering that the construction of knowledge in Clinical Psychology requires from the beginning the integration of an investigative posture with the possibility of being present before the other, I made use of the winnicottian concept of Primary Maternal Preoccupation like a lighthouse that guides the psychologist in her approach to the woman's emotional experiences during pregnancy and postpartum. During the researcher task I encountered therapeutic alternatives. Hypothesis and working modalities came out from the data: interviews, letters, phone calls and home visits. The field of maternity presented itself extremely fertile, requiring though some basic tools in order to be fecundated, such as: flexibility to meet needs, *holding* all sorts of agonies, humility before of our own ignorance, true preoccupation with the patient and respect for her being.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Diante da difícil tarefa de apresentar meu próprio trabalho, visualizei duas rotas distintas: uma mais longa, onde exporia em detalhes o caminho percorrido, desde minha primeira manifestação de interesse na gestação, no parto e no pós-parto, passando pelas experiências da faculdade, do casamento, dos três filhos, da clínica e enfim, deste trabalho. Penso não ser difícil imaginar porque desisti dessa idéia, partindo sem demora para a segunda alternativa, que me pareceu bem mais atraente: uma introdução breve ao tema proposto. Minha intenção com essa escolha é não roubar do leitor o prazer de abrir seus próprios caminhos, fazendo algumas poucas indicações, que julgo não interferirem com o processo de descoberta e uso desse texto (Aiello-Vaisberg, 1999a).

O tema aqui proposto, a *preocupação materna primária*, conceito winnicottiano acerca de um estado psíquico observado na mulher durante o período gravídico-puerperal, cedo se revelou restritivo, em vista da amplitude de vivências pelas quais as mulheres passam nessa fase. De outro lado, mostrou-se extremamente útil ao ser pensado como a “luz” que iluminava o percurso enquanto se tentava, em meio à escuridão, encontrar a mãe e também o lugar do psicoterapeuta. Tendo o cuidado de não tomar a “luz” pelo fenômeno e, consciente do poder de transformação que a incidência de um sobre o outro têm, o tema da *preocupação materna* como linha-mestra deste trabalho foi mantido, em virtude do lugar central que ocupava nas preocupações das gestantes e mães.

Tive a oportunidade de desenvolver este trabalho em uma das Oficinas Terapêuticas *Ser e Fazer*¹ do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, destinada ao atendimento psicológico de gestantes e mulheres no pós-parto, cujos objetivos terapêuticos e profiláticos se dirigem ao desenvolvimento saudável da relação mãe-bebê. Sua principal fonte de inspiração teórica provém de D.W. Winnicott, psicanalista inglês, que muito contribuiu para o aprofundamento de nossa compreensão a respeito dos processos psíquicos envolvidos no desenvolvimento emocional do indivíduo em sua interação com o meio ambiente.

Fui a campo e diante da maravilhosa gama de vivências emocionais, estilos de ser e buscas me vi como o jardineiro que encantado com a profusão de cores de seu jardim, vê-se impelido a escolher uma área ou uma determinada planta para que possa começar seu trabalho sem, contudo, perder o referencial panorâmico que lhe dá a noção de conjunto. O recorte é inevitável e subjetivo e deve ser levado em conta no caso de uma eventual dificuldade de compreensão por parte do leitor que, ficando excluído do processo tal como fora vivido tem na sua imaginação e experiência pessoais, a oportunidade de preencher lacunas. Estamos sempre selecionando material clínico, com vistas à preservação da intimidade daqueles que se abrem ao nosso olhar (Safra, 1993), tanto quanto porções de teoria, na tentativa de dar conta dos fenômenos que se apresentam diante de nós. É nesse diálogo entre a teoria e a clínica que o pesquisador clínico se insere de forma delicada, na contenção da avalanche de dados clamantes de representação, evitando o risco de interpretações apriorísticas (Silva, 1993) que obscurecem nosso objeto de estudo.

Foi impossível resistir aos chamamentos do material clínico que faz sua primeira aparição já no capítulo inicial, embora se

¹ Tais oficinas são coordenadas pela Prof. Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg.

pretendesse uma apresentação teórica do conceito de *preocupação materna primária*. O foco do segundo capítulo se concentra na análise das vivências psíquicas por que passam as gestantes, com uma breve referência a outras linhas de trabalho analítico. Avançamos um pouco mais, no capítulo seguinte, acompanhando o percurso psicológico de quatro mães no período pós-parto. O quarto capítulo ilustra dificuldades mais severas no processo de desenvolvimento da função materna de duas mulheres que lutavam para sobreviver enquanto mães. O capítulo final se destina a considerações sobre a tarefa do psicoterapeuta frente à gestante e a mãe, empenhadas na construção da identidade materna, mas que necessitam de um acompanhante para tal viagem.

Ao leitor que preferir se deixar levar pelo movimento das vinhetas clínicas articuladas com idéias psicanalíticas, aconselho que siga seu ritmo e construa sua leitura da forma que melhor lhe aprouver, na esperança de que levante suas próprias hipóteses ou reconstrua as minhas. Se, porventura, se perder no caminho e sentir que lhe falta um “norte”, poderá encontrar no *Dicionário das Flores*², organizado como anexo ao final desse trabalho, uma versão resumida de cada caso clínico citado. Tal seção foi concebida de modo a fornecer dados suplementares das pacientes àqueles que deles necessitarem, não comprometendo o desenvolvimento de uma leitura mais fluida e instigante.

² Com a finalidade de proteger a identidade das pacientes, de seus bebês e de seus maridos, substituí seus nomes por nomes de flores.

Uma mãe preocupada

Érica tem um mês de vida e sua mãe, Acácia, tem estado bastante preocupada com a intensa 'preocupação' que desenvolveu em relação à Érica. A qualquer momento do dia ou da noite ela está sempre por perto para segurá-la no colo, oferecer-lhe o seio, cuidar de sua higiene e providenciar calor e conforto. A mãe comprou uma babá eletrônica que se mostrou inútil, já que está tão ligada a ela, tentou tirar leite do seio para que seu pai o oferecesse, na mamadeira no meio da noite, de forma a poder descansar um pouco, mas Érica recusou a oferta. Acácia não entende o que está acontecendo: queixa-se de ficar o tempo todo em casa e se acontece de sair, não vê a hora de voltar correndo para a filha. Sente que tem em casa tudo o que precisa.

Uma gestante preocupada

E, Margarida contava sobre a preocupação de sua amiga:

“... minha amiga teve gêmeas há três meses atrás e não desgruda das nenês, mesmo quando estão dormindo ela fica balançando o carrinho, no começo não dormia nada, ia direto, a mãe dela ficou 15 dias e voltou pro Interior, depois cuidou das duas sozinha, mas também ela não aceita que outra pessoa cuide... Amamentando as duas! O marido trabalha durante o dia e sobra tudo pra ela, ela disse que não tem tempo pra nada e que é pra eu aproveitar ao máximo agora, porque depois nunca mais...Minha mãe disse que também não é assim!”

CAPÍTULO 1 - PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

Uma mulher que cuida de seu bebê, segurando-o ao colo, oferecendo-lhe o seio, embalando-o para dormir, banhando e aquecendo seu corpo e consolando suas dores encontra-se *preocupada*. Não se trata de uma preocupação qualquer, como quando estamos preocupados em não perder o ônibus que nos levará ao trabalho ou se conseguiremos nos sair bem numa determinada tarefa. A *preocupação* materna, mais específica, é condição fundamental na mãe para que o bebê tenha suas necessidades satisfeitas, sejam elas quais forem e possa, a partir daí, continuar se desenvolvendo.

A palavra *preoccupation*³ tem os seguintes significados no idioma inglês (Longman, 1995): “1- a strong interest in something, usually because you are worried about it, with the result that you do not pay attention to other things; 2- something that you give all your attention to.”⁴

Preocupação Materna Primária é o termo tecido por D. W. Winnicott (1956) para designar o *estado preocupado* da mulher, característico das primeiras semanas ou meses após o parto e que faz sua primeira aparição já no final da gestação. A mulher se torna ensimesmada, retraindo-se e deslocando o foco de sua atenção de todos os interesses anteriores como se os estivesse drenando para o bebê, em harmonia com o que se passa em seu corpo que sustenta o bebê durante a gestação. Ela parece padecer de uma doença esquizóide ou regressiva (Winnicott, 1956) como outros autores também sugerem (Cramer, 1993; Fernandes, 1988;

³ Palavra escolhida por D. W. Winnicott para compor o termo *Primary Maternal Preoccupation*.

⁴ “1- um forte interesse por algo, normalmente porque você está preocupado com aquilo, com o resultado de que você não presta atenção a outras coisas; 2- algo para o qual você dirige toda sua atenção”.

Langer, 1978; Little, 1990; Soifer, 1977; Tsu, 1980), porém temporariamente, já que tende a se recuperar dela algumas semanas ou meses após o parto.

Outros termos foram utilizados por Winnicott e podem nos auxiliar no sentido de um maior esclarecimento sobre esse estado específico da mãe que acabou de dar à luz:

- 1- *A mãe dedicada comum* (1949a) sugerindo uma naturalidade e espontaneidade no surgimento do estado materno, aliadas à ausência de qualquer especialização ou técnica sofisticada vinculadas ao bom desempenho da mãe;
- 2- *A devoção* materna (1952), que nos parece significar algo como a dedicação profunda de uma mãe para com seu bebê e que o autor traduz como uma *adaptação sensível e ativa* às necessidades do bebê, é tornada possível por processos de identificação maternos que a colocam em posição de “saber” (e este não é um saber intelectual) o que o bebê precisa.

Winnicott enfatiza a necessidade da mãe ser suficientemente saudável para *adoecer* dessa forma especial nesse período de sua vida, assim como para retomar, gradativamente, suas atividades e interesses pessoais, recuperando-se assim da *preocupação materna primária*.

Quanto mais próximos do início estamos, mais completa essa adaptação precisa ser, a fim de dar conta das necessidades e angústias do bebê, mas à medida que este se desenvolve, rumo de um estado de dependência absoluta para a independência, passando por um longo período de dependência relativa. Este processo só acontece em parceria com a gradual “desadaptação” da mãe que, à medida que o bebê a libera devido a uma maior capacidade de lidar com falhas ambientais, desilude-o de uma forma que impulsiona seu crescimento emocional.

Explicando melhor, os fracassos maternos não são sentidos pelo bebê como tais, mas são vividos como ameaças de aniquilação, que ao serem reparados repetidamente pela mãe, levam o bebê a confiar no ambiente e na recuperação de tais experiências, devastadoras se levassem à aniquilação, mas que terminam por ampliar sua capacidade para tolerar frustrações.

Há mães que, incapazes de se entregarem à *preocupação materna primária*, por estarem deprimidas ou preocupadas demais com outros assuntos, passam a mimar seus filhos na esperança de compensar ou repor o que nunca existiu (Winnicott, 1956); outras se identificam tão intensamente com o bebê, exibindo uma *preocupação* patológica (Winnicott, 1960a), confundem-se com ele de um modo que as incapacita a desempenhar suas funções maternas que, na melhor das hipóteses, são delegadas a outrem (Winnicott, 1969a). Há ainda a possibilidade de que a mãe se adapte de forma tão irregular e variável (Winnicott, 1952) fornecendo assim um ambiente imprevisível e torturante⁵ a seu filho, quando curtos períodos de adaptação sensível são entremeados de falhas grosseiras. Winnicott (1968a) reserva o termo *privação* para a situação de crianças que, uma vez tendo experimentado a reparação de falhas ambientais, passam a vivenciar fracassos da adaptação materna que não foram reparados no devido tempo.

O tempo é o tempo do bebê. Se a recuperação acontece dentro de um determinado período, o bebê volta a se sentir seguro, o ambiente confiável e ele não precisa reagir. Para Winnicott (1949b), o que se torna problemático são as reações do bebê às *intrusões* ambientais, fracassos na adaptação, que produzem uma quebra em seu

⁵ *Tantalizing* é o termo utilizado por Winnicott para essa qualidade de ambiente. Na mitologia grega, Tântalos, filho de Zeus, foi condenado à sede e fome eternas, em meio à água que lhe chegava até o pescoço sem que ele pudesse bebê-la e, tendo sobre a cabeça ramos carregados de frutas que lhe fugiam das mãos sempre que tentava alcançá-las (Kury, 1992).

movimento contínuo de desenvolvimento, desencadeando a organização de defesas contra ansiedades impensáveis (Winnicott, 1963a e 1969a) que acompanham tal ruptura.

Françoise Dolto (1967) também assinala a importância de um ritmo certo que pode ser encontrado pela mãe, mas que é definido pelo bebê:

Se a assistência contínua da mãe, assim como a sua sobreproteção ansiosa, tornam difícil a simbolização de sua presença pelo filho, a sua ausência demasiado prolongada tem igualmente consequências nefastas, porque, sem a mãe, já não se sente “ser”, para além de um certo *tempo*, tempo esse variável para cada criança. (p.246).

É importante ressaltar que a adaptação materna através de seu estado *preocupado* nunca é e nem precisa ser completa, sendo apenas suficientemente boa, abre a possibilidade de preenchimento das lacunas pelo bebê através de sua inteligência, criatividade ou compreensão, à medida que ele cresce.


Aquilo que a mãe *preocupada* oferece (Winnicott, 1967a) a seu bebê no sentido de satisfazê-lo, facilitando a expressão das tendências inatas ao crescimento, tem a ver com:

1. O **segurar** (*holding*), no sentido do colo físico e psicológico, que protege o bebê das *intrusões* do mundo externo que se fazem acompanhar por ansiedades impensáveis (agonias primitivas), tais como o retorno a um estado não integrado, estados de confusão, ser deixado cair, cair eternamente e a consequente organização de defesas primitivas. O colo materno sustenta, aquece e protege o bebê contra danos reais e fantasiados, facilitando o processo de integração.

2. O **manipular** (*handling*), envolvendo toda a sorte de cuidados físicos dispensados ao bebê, que propicia a integração psicossomática, entendida como a possibilidade de que surja a psique a partir da elaboração imaginativa das sensações e experiências vividas no corpo e, que se una a ele, dando origem à unidade psique-soma (Winnicott, 1954a; 1949b). Falhas graves nessa área conduzem à dissolução dessa unidade e à perda da capacidade de sentir-se real (personalização) e de localizar-se dentro dos limites de seu corpo. As doenças psicossomáticas são outro exemplo de que algo não correu bem nesses estágios iniciais;
3. A **apresentação de objetos** (*object presentation*), situação em que o quê, o como, o quando e o quanto a realidade externa é apresentada ao bebê são fundamentais, ocasião em que poderá utilizar seu potencial criativo, caso a mãe se ofereça como filtro que simplifica e adapta a realidade às suas necessidades e habilidades. A mãe saudável tem como “temperar” ou ainda “dosar” o que é externo ao bebê, apresentando-lhe o mundo gradualmente (Winnicott, 1949c), de forma a não interromper sua vivência de continuidade. Aqui se fundam as bases dos relacionamentos que a criança e o adulto estabelecerão com o mundo externo e seus objetos, assim como da perda desta capacidade.

A amamentação é a situação que melhor se apresenta para ilustrar esse *setting* (Winnicott, 1949d) criado pela mãe para seu bebê, oportunidade na qual acontecem as primeiras comunicações entre eles, através do *holding*, *handling* e *object presentation*, conformando-se assim uma espécie de matriz para experiências futuras do bebê sempre que estiver às voltas com seus instintos (Winnicott, 1964):

Prímula conversava comigo enquanto seu bebê Narciso, na época com dois meses, dormia aconchegado em seu colo. Ela me contava sobre o “sufoco” pelo qual passava para cuidar do bebê sozinho, já que seu marido só retornava à noite, depois do trabalho. Falava bastante e no seu tom de voz habitual, alto. Narciso parecia não se importar com isso e, segundo sua mãe, dormia com um olho enquanto vigiava com o outro, como que para verificar se a mãe continuava por perto. Depois de algum tempo, Narciso acorda, começa a se mexer e a chorar baixinho. Prímula nota, sem interromper nossa conversa. Narciso, contrariado, chora um pouco mais alto e obtém a atenção da mãe que olha para ele e pergunta: “Que foi, filho? Precisa ficar assim tão bravo? Vem... quer mamar?” Prímula oferece, então, o seio, ajeita o pequeno corpo de Narciso de forma a ficar mais próximo, confortável e possa alcançar o que busca. Narciso busca o mamilo e Prímula aguarda. Ele parte para nova tentativa, ela aproxima o seio um pouco mais de sua boca. Ele o encontra e suga. Suga, se afasta e volta a sugar, afoito, repetindo esse movimento de vai e vem algumas vezes, olhando alternadamente para sua mãe e seu seio. Narciso dorme com o mamilo na boca, solta-o depois, mas Prímula ainda o mantém próximo do bebê, por um bom tempo, enquanto conversamos. Mais tarde ela guarda o seio dentro do sutiã e Narciso continua dormindo, agora totalmente relaxado no colo da mãe, até o final de nosso encontro.

Narciso busca, em função de uma necessidade, algo que ele não sabe o que é. Prímula, por sua vez, também procura pelo que possa satisfazer seu bebê, colocando-se no lugar dele e oferecendo o que imagina que ele precisa. Se existe a comunhão entre o que Prímula intui  apresentando como objeto e o que Narciso cria imaginativamente para dar conta das pressões instintivas, podemos dizer que houve um encontro, ou

que algo foi comunicado e, principalmente que algo foi criado. A situação para a satisfação de necessidades foi estabelecida.

Na repetição desses momentos de avidez seguidos do relaxamento produzido pela satisfação produz-se a matéria-prima para que Narciso possa alucinar, sonhar, fantasiar, confiar e posteriormente, aceitar a existência de uma realidade que é externa a ele.

Prímula oferece o seio para que Narciso o alcance somente no momento em que estiver pronto, pronto para fruir de algo que imagina ser obra de sua criação. Dessa ilusão (Winnicott, 1954b) nasce, para Narciso, a esperança e a confiança de encontrar novamente o que necessita, tornando-se suportável a ausência da mãe por um certo tempo (que varia conforme a criança e o estágio de desenvolvimento emocional alcançado), já que seu retorno é uma certeza. À medida que ele se desenvolve, a solidão pode ser tolerada, embora sua mãe ainda precise estar por perto, para o caso de surgir nova necessidade. Mais tarde, Narciso poderá ficar realmente só ou ainda estar na companhia de outras pessoas, sendo capaz de abrir mão da ilusão de ser o Criador do Mundo para ser o Criador de Seu Mundo e, relacionar-se com o outro sem, contudo, perder de vista a si mesmo. Além de habitar mundo interno e mundo externo poderá também, quem sabe, usufruir a experiência cultural (Winnicott, 1967b) _ área intermediária de entrelaçamento das realidades externa e interna, local de descanso das demandas que a vida nos impõe.

Daqui se depreendem as três grandes conquistas de um ser humano rumo a seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1945a), buscando viver sua vida de forma autêntica:

1. **Integração** __ Do estado de não-integração inicial o *self* tende à integração, mas alcançará o *status* de unidade cujas partes apresentem inter-relação e coesão somente num ambiente de *holding*, a partir do

qual se processará a formação do eu. Desintegração como defesa e como ansiedade tornam-se ameaças, dada uma integração falha.

2. **Personalização** __ estabelece-se o conluio psicossomático e o corpo se estabelece como a morada do *self*, sentimo-nos *nós mesmos*, pois *psique* e *soma* amalgamados desenvolvem-se em uníssono. Distúrbios como a despersonalização e as doenças psicossomáticas têm origem na época dos primeiros cuidados físicos com um bebê.
3. **Realização** __ inaugura-se a possibilidade de contato e aceitação da realidade externa como algo que não pertence ao *eu*, mas que se relaciona com ele. Ao invés do isolamento produz-se a troca, a interação sem que se deixe de levar em conta qualquer um dos extremos: externo ou interno. São extremos que se encontram afastados no início, mas que se tocam sempre que a experiência de *ilusão* oferecida pela mãe tem lugar.

Afastando-se da tentação de idealizar a mãe e a maternidade, Winnicott (1947) nos lembra que a mãe tem motivos de sobra para odiar seu bebê: o amor primitivo (1954c, 1964) é cruel nessa época em que o bebê ainda não pode avaliar a extensão de seus ataques e se preocupar com sua mãe, ele precisa de sua tolerância e que ela sobreviva, ele não corresponde às expectativas infantis dela, machuca seus seios, a escraviza, interessa-se por ela apenas para conseguir o que quer, exige seu amor sem dar nada em troca, é desconfiado e vingativo. E vai mais além, destacando a necessidade da existência desse ódio, já que apenas em um ambiente integrado onde se possa vivenciar amor e ódio, a criança poderá suportar a força de seu próprio ódio e viver a ambivalência das relações humanas. Problemático seria o ódio reprimido e inconsciente da mãe, pois no lugar de estar ocupada com elaborações de sua própria destrutividade, a criança precisa dar conta das tendências destrutivas da mãe (Winnicott, 1969b).

Alguns autores (Soifer, 1977; Klein 1932; Langer, 1978, Tsu, 1980) estão mais propensos a investigar o que se passa no interior do indivíduo, seja ele o bebê às voltas com suas tendências e necessidades instintivas, a gestante diante das transformações físicas e psicológicas da gestação, ou a parturiente frente à vivência do parto ou ainda a mãe que leva um bebê nos braços para cuidar. Outra corrente, da qual Winnicott é representante, tende a voltar seu olhar para as condições ambientais que facilitariam ou, em contrapartida dificultariam, o desenvolvimento emocional do bebê que nasce de posse de um potencial para a saúde.

Ainda que compartilhe de muitas das idéias teóricas apresentadas e das possíveis linhas de trabalho que se depreendem delas, minha inquietude conduz-me ao que chamaria de “aproximação cuidadosa” da gestante e da mãe, com o objetivo de alcançar alguma compreensão do que se passa com a mulher que carrega seu filho, na barriga ou em seus braços, em termos vivenciais. Preocupo-me também em desenvolver uma atitude não-invasiva frente ao desenvolvimento da *preocupação materna primária*, por tratar-se de processo natural e espontâneo de uma fase específica da vida da mulher e dispensar, na maior parte das vezes, de intervenção externa. Busco, também, formas de trabalho que facilitem o processo materno quando este se encontrar bloqueado ou ameaçado, na tentativa de preservar a relação fundamental que se desenvolve entre a mãe e seu bebê e que prepara as bases da saúde mental de todos nós.

NASCER DE NOVO⁶

NASCER: findou o sono das entranhas.
 Surge o concreto,
 a dor de formas repartidas.
 Tão doce era viver
 sem alma, no regaço
 do cofre maternal, sombrio e cálido.
 Agora,
 na revelação frontal do dia,
 a consciência do limite,
 o nervo exposto dos problemas.

Sondamos, inquirimos
 sem resposta:
 Nada se ajusta, deste lado,
 à placidez do outro?
 É tudo guerra, dúvida
 no exílio?
 O incerto e suas lajes
 criptográficas?
 Viver é torturar-se, consumir-se
 à míngua de qualquer razão de vida?

Eis que um segundo nascimento,
 não adivinhado, sem anúncio,
 resgata o sofrimento do primeiro,
 e o tempo se redoura.
 Amor, este o seu nome.
 Amor, a descoberta
 de sentido no absurdo de existir.
 O real veste nova realidade,
 a linguagem encontra seu motivo
 até mesmo nos lances de silêncio.

A explicação rompe das nuvens,
 das águas, das mais vagas circunstâncias:
 Não sou eu, sou o Outro
 que em mim procurava seu destino.
 Em outro alguém estou nascendo.
 A minha festa,
 o meu nascer poreja a cada instante
 em cada gesto meu que seu reduz
 a ser retrato,
 espelho,
 semelhança
 de gesto alheio aberto em rosa.

⁶ Carlos Drummond de Andrade, *Poesia e Prosa*, p.751.

CAPÍTULO 2 - PRIMÓRDIOS DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

Melanie Klein (1932) concentrou seus estudos sobre a vida psíquica das crianças e mais particularmente sobre as etapas iniciais do desenvolvimento emocional do indivíduo lançando mão de sua prática clínica no atendimento psicanalítico a adultos e crianças, tendo realizado ajustes na técnica para que essas também pudessem se beneficiar da análise nos moldes freudianos. Suas elaborações acerca das duas posições do funcionamento mental, *esquizo-paranóide* e *depressiva*, com a descrição de toda uma gama de fantasias inconscientes, ansiedades e mecanismos de defesa que permeiam as relações de objeto (interno e externo) nas fases mais precoces da vida auxiliaram na compreensão de muitas das experiências vividas pelo doente mental, inspirando a muitos nas construções de suas próprias teorias.

Klein (1932) observa a determinação existente entre o relacionamento que uma mulher desenvolve com seu filho e as primeiras experiências de relação com seus objetos internos primitivos que se atualizam, projetando-se sobre os objetos da realidade externa (feto, bebê, marido, outros filhos, médico, etc.) e seguindo os mais variados percursos. Segundo a autora, as experiências de dar à luz, amamentar, amar e cuidar de um bebê podem funcionar como fontes de reparação de objetos destruídos na fantasia ou ainda como comprovações de sua sobrevivência, gerando alívio quanto à própria destrutividade e confiança nos mecanismos reparatórios, oportunidade para os processos de integração.

Muitos estudos surgiram sob influência da teoria kleiniana e seus autores se dirigiram à pesquisa dos processos psíquicos

instalados por ocasião da gestação, do parto ou do puerpério e suas conseqüências na sintomatologia apresentada por suas pacientes. Sugeriam, a partir das conexões estabelecidas de forma causal, técnicas de abordagem psicológica da gestante com objetivos psicoprofiláticos.

Raquel Soifer (1977) elaborou sua teoria do ciclo gravídico-puerperal baseando o surgimento de ansiedades primitivas assim como dos mecanismos de defesa para contenção daquelas nas diversas fases gestacionais assim como na situação de parto e vivências do pós-parto. Por exemplo, os vômitos aparecem associados à ambivalência da mulher em relação a seu produto, desejando e rejeitando-o ao mesmo tempo, anseia por ele como quando era uma garotinha, mas teme que o tenha destruído, assim como a retaliação pelos ataques fantasiosos que fizera ao corpo de sua mãe, ou ainda que esteja sendo punida por sua própria sexualidade, vivida como roubo do lugar da mãe.

E assim prossegue com o intuito de explicar, psicanaliticamente, sintomas tais como sonolência, introspecção, desejos, medo do parto, medo do filho deformado, abortos, partos prematuros, hipertensão, aumento de peso exagerado, agalactia e etc. A autora já enuncia uma preocupação com o ambiente, pois o responsabiliza pelo surgimento de quadros como a depressão ou a psicose pós-parto, estabelecidos pela inadequação da acolhida às ansiedades da puérpera.

Marie Langer (1978) também tende a interpretar fantasias inconscientes subjacentes a conflitos que se expressam em sintomas como náuseas e vômitos, traduzindo-os como tentativas por parte da gestante de expulsar o feto, sentido de forma ambivalente, já que é depositário das projeções das primeiras relações que a gestante outrora estabelecera com sua própria mãe, reagindo assim às frustrações orais sofridas. Langer é uma das autoras que reconhece o estado regressivo como desencadeador de angústias precoces na gestante e a importância de que

esta receba apoio externo apropriado para que alcance êxito em suas identificações com figuras femininas mais benevolentes.

Tsu (1980), citando Helene Deutsch, faz referência à dupla identificação observada na gestante que ora se identifica com o feto, ora com a mãe; oportunidade, já ressaltada por Winnicott (1956), para que a mãe desenvolva o tipo de sensibilidade necessária para o atendimento das necessidades do bebê. A autora observa, através de relatos de sonhos de gestantes, a existência de regressão objetal que a leva de volta ao temor da retaliação materna de um lado e de outro à tentativa de reparação de danos causados à mãe, tornando-se ela mesma mãe. Regressão instintiva também é relatada, situação em que fases pré-genitais são reativadas. A presença de alguns sonhos de nascimento em que a gestante se colocava no lugar do bebê também apontam para a ocorrência de regressão a estágios primitivos do desenvolvimento e para uma *sensibilização* associada à chegada do bebê (Aiello-Vaisberg, 1999b).

Parecem estar ativos processos internos durante a gestação que, de uma certa forma, preparam ou dificultam o caminho para a *preocupação materna primária*. Winnicott, em seu artigo “Notas sobre o relacionamento mãe-feto” (década de 60), também resalta a importância das fantasias que a gestante constrói acerca do interior de seu corpo e do feto, ali alojado, recomendando sua interpretação pelo analista para que a criança possa ser concebida também psicologicamente e, dessa forma se garanta a continuidade do próprio processo biológico. Assim, o autor descarta qualquer tentativa de aproximação pedagógica da gestante com intuídos profiláticos ou terapêuticos da futura relação que irá se desenvolver entre ela e o bebê, o que provocaria a emergência inútil de ansiedade e, portanto prejudicial, assim como a dissociação do *psique-soma*, base para que a maternidade seja vivida naturalmente (1949b). A nocividade da abordagem pedagógica é facilmente observada no relato de Prímula:

... sempre quis cesárea e agora que eu já estava me preparando pro parto normal..., no curso (curso de uma maternidade dirigido a gestantes) a médica falou cada coisa que eu já tava com medo de novo! A médica ou a enfermeira, não sei, disse que muitas vezes o bebê era muito grande e não conseguia passagem, aí o médico “forçava” o parto normal quebrando a clavícula do bebê! E disse que isto até não tinha muito problema porque hoje em dia não precisava mais engessar o bebê, só precisava enfaixar por três dias. O problema é que muitas vezes a mãe é rasgada até o ânus! Então criei coragem e perguntei se a vagina podia ficar arrombada depois do parto normal e se era possível o médico dar um pontinho a mais. A médica disse que o parto não altera nada e que não é possível dar um ponto a mais senão a mulher fica aleijada, o médico fecha do jeito que era antes.

Não é difícil adivinhar o tipo de parto que teve lugar neste caso que caminhava no sentido de uma maior naturalidade, mas que fora bruscamente interrompido pela violência da informação dada de forma “mental” e, portanto, dissociada. Não podemos também nos furtar de examinar possíveis fantasias de Prímula, já que ela refere um “retorno do medo” a respeito do parto, sentido como processo altamente destrutivo, castrador ou desintegrador.

É no período da gestação, parto e puerpério que podemos testemunhar com mais clareza como se deu a organização psicossomática daquela mulher em especial. Ela pode, como Prímula, se assustar diante das sensações e transformações corporais como se algo de dentro a tomasse de assalto à sua revelia e a submetesse a algum tipo de tortura, à semelhança de um objeto interno retaliativo ou ainda proveniente de uma possível manipulação (*handling*) inadequada vivida na infância.

A mãe de Prímula esteve *inconsciente* durante seu nascimento, sua desintegração frente à ansiedade do parto levou a equipe médica à administração de anestesia geral, seguindo-se uma total dissociação do processo do nascimento de Prímula. Produziu-se uma lacuna de experiência, sua mãe não se recordava de nada e precisou de alguns dias para se voltar para sua filha, no sentido de reconhecer e cuidar daquele bebê. Tal desintegração nada tem a ver com o estado não-integrado descrito por Winnicott (1954c) como condição de início de vida, de estados de relaxamento na vida adulta e de situação favorável para que o processo do parto seja vivido de forma tranqüila e integrada. Prímula assustada se contrai e não dilata a passagem para seu bebê.

Já no início da gestação a mulher revisita um mundo de sensações e impulsos que, por primitivos, a assustam e a mobilizam a se organizar psiquicamente, seja no contato com outras gestantes, com sua mãe, com seu marido, seu médico ou ainda, o psicólogo:

...no começo eu ficava enclausurada em casa, não havia quem me tirasse de lá e eu nunca fui assim, sentia muito enjôo, tinha medo de engordar, sentia vergonha e não queria sair na rua... dizia Tulipa a respeito da introversão repentina da qual foi vítima nos três primeiros meses de gestação, comparando à sua fase atual, quando voltava a sentir prazer ao sair de casa e entrar em contato com outras pessoas.

As sensações orais e olfativas se encontram fortemente investidas como quando Azaléia descrevia a sua total falta de apetite para comer de sua própria comida e sua *fissura* com a comida da sogra que, prontamente, atendia a seus desejos preparando os mais variados pratos da cozinha árabe.

Begônia, uma gestante adolescente, já preferiu ficar morando com sua mãe, abandonar seu namorado, pois *sentia enjôo e nojo dele* e só conseguia se alimentar caso sua mãe cozinhasse. O cheiro da própria comida provocava-lhe náuseas. A impressão que se tinha era de que todos os seus impulsos estavam orientados para sua mãe e dela esperava sua satisfação.

A descrição detalhada e afetiva dessas mulheres acerca dos alimentos desejados era orientada mais por sensações gustativas e olfativas do que visuais e, por sua intensidade, tinham o poder de provocar salivação no ouvinte.

O corpo, agora mais do que nunca, se torna a sede da vida. Centro de desejos, impulsos, necessidades e angústias, o corpo demanda satisfação e elaboração psíquica de suas vivências. É nele que tudo acontece. Vivências de frustração e gratificação intensas se sucedem durante a gestação até atingir o ápice no puerpério, rumando então para a estabilização ou a desintegração, tema este a ser discutido mais adiante (cap. 4).

No início da gestação as preocupações com o corpo revelam temores de dano à integridade física, com fantasias de deformação ou mutilação de seu próprio corpo ou do bebê, ainda indiferenciado do seu neste momento. Restrições médicas de qualquer tipo (alimentares, hábitos ou mesmo sexuais) podem ser sentidas como limitações às gratificações anteriormente permitidas, sendo muitas vezes “desobedecidas” como mecanismo de preservação da própria saúde mental.

Azaléia desespera-se quando proibida pelo médico de usar qualquer tintura nos cabelos em função de um possível efeito tóxico sobre o feto: *eu estava já tão deprimida e me sentindo*

tão feia que achei que mais valia eu pintar o cabelo e, realmente, melhorei...

Begônia antecipa os sofrimentos causados pela utilização de anestesia ou de fórceps no parto: *...aquela injeção enorme!!! E quando imagino aquele ferro arrancando...* Lamenta também o jejum necessário pouco antes do parto, já que sente muita fome agora e confunde o procedimento de lavagem intestinal com a lavagem estomacal, acentuando-se seu temor à dor da fome.

Prímula teme pela mutilação irreversível de sua vagina, pelo parto normal, com a conseqüente perda de potência orgástica e do poder de sedução sobre seu marido.

Violeta, grávida do terceiro filho, teme a dor da amamentação enquanto anseia pela reparação do seio: *Não consegui amamentar meus dois filhos, do primeiro o peito ficou tão machucado que o bico ficou pendurado, no segundo eu já pedi pro meu marido comprar leite e mamadeira; essa (é uma menina) eu gostaria de tentar amamentar...*

Já mulheres grávidas, pela primeira vez, podem utilizar mecanismos pseudo-reparatórios quando se sentem ameaçadas pelas “deformações” da gestação, tais como: estrias, celulite, flacidez, varizes ou aumento de peso. Imaginam que terão seus corpos de volta, sem marcas que testemunhem a passagem de alguém por eles, graças aos avanços tecnológicos da medicina estética. Essas preocupações também aparecem associadas ao medo da perda do poder de sedução sobre seus companheiros ou a angústias de castração, onde o prazer sexual passa a ser proibido, como no caso de Prímula.

Como Winnicott (década de 60) afirmara, poucas mulheres são capazes de confiar em sua capacidade de gerar e nutrir uma criança saudável e aqui, a contribuição kleiniana sobre a participação de fantasias inconscientes originadas no passado se torna fundamental, lado a lado com a atitude ambiental no sentido de permitir que a mulher encontre seu próprio caminho:

Camélia, grávida de dois meses, depois de dez anos de tentativas frustradas em função de um distúrbio hormonal, está apavorada diante da possibilidade de perder o bebê, duvidando de sua capacidade de retê-lo: *fico segurando a xoxota a cada espirro com medo de abortar. Teme não ser capaz de suportar os nove meses, todos dizem que a gravidez é um mar de rosas, mas não é o que estou sentindo, sinto cólicas, o peito tá dolorido, não tenho dormido, não posso tomar Lexotan, tenho que comer verdura, choro toda hora...* Infelizmente o aborto aconteceu e Camélia experimenta tanto alívio quanto pesar pelo que já pressentia: *ter aquilo morto dentro de você...*

Para Camélia a gravidez tomou a forma de incômodo, de um “corpo estranho” ou ainda “desapropriação”, pois ao abrir espaço para o feto sente que perde seu lugar dentro de si, sendo expulsa para um ambiente que, por sua vez, também não acolhe suas angústias, todos estão muito ocupados com suas próprias preocupações, sua mãe sempre muito angustiada com o irmão drogadicto e seu marido muito envolvido com o trabalho. Ela tenta imaginar motivos para o aborto e seleciona a produção de um “bebê-monstro”, a seu ver fruto de sua incapacidade para a vida que a levou a anos de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos e a um caso extraconjugal.

Precisou mostrar-se, logo depois do aborto, *queimadona e gostosona* para cumprir a missão de estar sempre bem e pronta para auxiliar os outros, tanto quanto para ocultar os *demônios que tinha pra exorcizar*.

Sua gravidez, tão aguardada quanto inesperada, teve um efeito desagregador, reativando angústias de desintegração. Diante de tal perigo, ela costuma se trancar, bloqueando todos os canais corporais que a colocam em comunicação com o mundo externo: sua garganta *incha e se fecha* quando ansiosa, sua vagina se contrai diante da penetração por parte do namorado e impede o ato sexual por dois anos, seus intestinos *só funcionam com medicação* e se diz *mocinha de novo* após a curetagem. Para Camélia ainda é cedo, quando se olha no espelho vê uma adolescente e já questiona se quer mesmo *pegar esse trem*, referindo-se à maternidade, vivida mais como “invasão” do que conquista.

O parto, catalisador de todos os medos frente ao desconhecido, surge em todas as primigestas com as mais diversas roupagens, é o “ferro que arranca”, o “corte que rasga”, o “bebê-monstro” que invade e devora, carregando ansiedades arcaicas, chamadas *impensáveis* por Winnicott (1963a), *esquizo-paranóides* por Klein (1946) ou de *fragmentação* por Bergeret (1974) e que se mesclam com angústias de perda ou separação, principalmente quando a data do nascimento se aproxima:

Rosa teme o parto em função do tamanho de seu bebê que *se já está grande, até onde vai crescer? E se não der tempo de fazer a cesárea, vai ter que ser normal?*

Dália e Prímula imaginam que seu bebê possa ser roubado na maternidade e se cercam de cuidados ao escolher uma onde haja *Seguranças* que acompanhem as enfermeiras, de posse de seus bebês, durante o percurso do berçário até seus quartos.

Hortênciã antecipa a preocupação materna com terror, imagina que não irá tolerar *ser controlada* pelo bebê e ter de satisfazê-lo *vinte e quatro horas por dia*. Receia o dia em que precisará passar de *filhinha* para *mamãe* e teme perder os *mimos* que o marido, hoje, lhe dirige. Apesar dos seis meses de gestação não consegue sentir os movimentos do bebê e queixa-se da falta de uma atenção *especial* por parte de seu pai, suas irmãs e principalmente sua mãe, que *está viajando há meses e eles não percebem o que eu estou vivendo!*

Acácia receia os momentos de separação que se produzirão entre ela e seu bebê, inicialmente no parto, e posteriormente, por ocasião do final da licença-maternidade, quando precisará voltar ao trabalho; anunciando assim a ligação profunda que se estabelece entre a mãe e seu bebê e que os torna extremamente próximos.

Margarida acha que vai gostar tanto do relacionamento com seu bebê que corre o risco de *não querer mais voltar para o trabalho...*

Enquanto Orquídea teme *não reconhecer o bebê* logo após o nascimento e conseqüentemente *não amá-lo*, conforta-se com a idéia de que é preciso *conhecer* o bebê em primeiro lugar, noção em que se encontra implícita a preocupação materna com seus movimentos de vai e vem para o interior da mãe e para o interior do bebê.

Refletindo sobre a angústia de Orquídea, é preciso que a mãe “reconheça” o bebê que tem dentro de si para usá-lo como instrumento do “conhecimento” daquele outro bebê que tem diante de si sem, contudo, confundir-se com ele. Ao ser visto e reconhecido pela mãe, o filho pode ser amado. Orquídea teme que seu olhar não se detenha, atravesse o bebê, retorne sobre si mesma e não possa refletir nada além de sua própria imagem.

Já, quando falamos das angústias depressivas da gestante presentes em seus medos de perda ou separação poderíamos estar diante de um movimento no sentido da integração do objeto, porém o campo das relações na etapa da gestação e pós-parto imediato nos leva a supor uma relação de objeto anaclítico (Bergeret, 1974; Freud, 1914) onde sua perda representa uma nova ameaça de desintegração. O que nos leva de volta ao campo das ansiedades mais primitivas.

A preocupação materna primária, encarnada nas imagens do parto, exige da mulher o abandono à não-integração, estado que facilitará o curso natural do trabalho de parto, assim como à entrega da mãe aos cuidados de seu bebê. Mas, de alguma forma, esse estado não-integrado é associado pela mulher como indistinto dos estados desintegrados e se apresenta antes como ameaça do que como condição. Nesses momentos de pânico, a mulher temendo o corpo, sede de tantas batalhas, pode buscar refúgio no mundo exterior (fuga para a sanidade) ou ainda na mente, entendida por Winnicott (1949 b) como um caso especial de funcionamento do psique-soma, que em nada ajudará para que o estado *relaxado* subjacente à boa maternagem seja alcançado.

As preocupações de Violeta e Dália em torno da impossibilidade de amamentarem seus bebês, dada a extrema sensibilidade de seus mamilos ao mínimo toque, assim como os medos de Acácia de ser

subjugada pela depressão pós-parto como uma entidade oriunda do exterior e de não conseguir se separar de sua filha nos aponta para ansiedades na área da preocupação materna. Nos dois primeiros casos encontramos o temor de serem incapazes de rendição ao estado *preocupado* de uma forma tranqüila, ou seja, com níveis toleráveis de ansiedade, com a conseqüente fuga para a mamadeira e, no caso de Acácia, observamos o receio de um “mergulho” naquela condição de maneira irreversível, o que a deixaria “colada” para sempre à sua filha.

O campo para o desenvolvimento do estado preocupado da mãe estrutura-se desde o início da gravidez através de retraimento, isolamento, regressão, afloramento de ansiedades primitivas, uso de mecanismos defensivos pertencentes a etapas precoces do desenvolvimento, atuações no ambiente de forma a conseguir satisfação de necessidades (físicas e psicológicas), reestruturações subjacentes à adaptação à existência do feto, elaborações de todos os outros vínculos pessoais. Tudo isso se afunila no momento do parto, passando por um canal estreito, dada a força das vivências envolvidas, quando novamente ganha espaço no período do pós-parto, onde outra avalanche de transformações está para acontecer.

I DON'T WANT TO MISS A THING*
(Aerosmith, 1998)

*I could stay awake just to hear you breathing
Watch you smile while you are sleeping
While you're far away and dreaming
I could spend my life in this sweet surrender
I could stay lost in this moment forever
Every moment spent with you is a moment I treasure.*

* “Eu poderia ficar acordada apenas para ouvir você respirando... Ver você sorrir enquanto está dormindo... Enquanto você está muito longe e sonhando... Eu poderia passar minha vida nessa doce entrega... Eu poderia me perder neste momento para sempre... Cada momento passado com você é um momento precioso...”.

CAPÍTULO 3 - A CAMINHO DA PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

3.1- Prímula e Narciso

Quando Prímula procurou nosso Serviço⁷ estava no quarto mês de gestação, foi acompanhada desde então, na frequência de um encontro semanal até os seis primeiros meses de vida de seu filho, Narciso, que nos acompanhou na maioria dos encontros ocorridos durante o período pós-parto. A pedido de Prímula agendamos novos atendimentos, desta vez mensais, até o primeiro aniversário de Narciso. Trechos de alguns encontros são aqui recortados com a finalidade de acompanharmos o processamento do *estado preocupado* de Prímula.

Por ocasião de nosso primeiro encontro Prímula estava casada há 10 anos e havia sofrido dois abortos, um provocado por suspeita de malformação do feto em função de administração tardia da vacina anti-rubéola e outro aborto espontâneo. Seu marido, 14 anos mais velho, estava exultante pela chegada do filho, já que imaginou que não mais seria pai frente à indecisão de Prímula, que adiava esse projeto sempre que se tocava no assunto. Ela justifica a demora por sua própria forma de ser, dizendo que *sempre quis estar por dentro de tudo e acompanhando tudo de perto*, referindo-se a seu trabalho, e por uma certa parcela de *egoísmo*. Ela sentia-se muito bem, negando os desconfortos comumente relatados por gestantes, mas receava a *depressão pós-parto*, o que a levou a procurar nosso Serviço, afirmando seus propósitos preventivos.

Interessante notar como Prímula já anuncia, nesse momento tão inicial, a possibilidade de ocorrência de depressão, sua pouca

⁷ *Oficina da Mãe*: Serviço de atendimento à Gestante e à Mãe, inspirado nas idéias de Winnicott, e pertencente às Oficinas Terapêuticas *Ser e Fazer* do IPUSP.

disponibilidade para a entrega aos cuidados de um bebê, assim como a forma controladora ao lidar com situações de descontrole:

...na hora do parto quero meu marido comigo, mas não ali, de frente para a vagina e sim do meu lado, nada de filmar, porque tenho medo de ficar inconsciente e ele ali vai me falando. E também, depois do bebê nascer, quero que ele vá correndo olhar se estão examinando, o como é que chama aquele médico que vê a criança? (neonatologista) e ver também se estão fazendo o exame do pêzinho...

Enquanto descrevia de forma dramática o processo de parto imaginado⁸, Prímula torna-se ansiosa ao perceber a diminuição do desejo e prazer sexuais, fontes anteriores de intensas gratificações, como sinal iminente de colapso, passando a temer o parto normal que poderia dilatar sua vagina a ponto de não mais sentir o pênis do marido. O parto, a gestação e o filho se fundem numa experiência mutilante e castradora, a criação é substituída pela destruição, encarnada na entidade *depressão pós-parto*.

Prímula relata dois movimentos contrastantes no casamento e que traduzem sua ambivalência em relação à gestação e à maternidade: ela e o marido, Lírio, brigam bastante acerca de questões profissionais, já que trabalham juntos e têm posturas bastante diferentes. Em contrapartida, em casa, são *grudados um com o outro, fazemos tudo juntos, até comprar calcinha, ele vai junto e dá palpite, mesmo quando a gente sai, se vai num hotel, ficamos só os dois, a gente não faz amizade e a gente gosta assim...* Eles parecem ter vivido muito bem até então, e a chegada do bebê preocupa e ameaça a continuidade do idílio criado pelo casal para preencher necessidades, que só mais tarde vim a compreender.

⁸ V.tb. Capítulo 2 p.14-15.

Prímula pôde, então, aproveitar uma das oportunidades oferecidas pela vida para “ensaiar” sua capacidade materna quando uma amiga sua, a propósito do aniversário de Lírio, perguntou a ela se podia presenteá-lo com um cachorrinho. Ela resolveu *aceitar o desafio*, aquiescendo. Preocupava-se com o ciúme que ela e o marido poderiam sentir em relação ao cachorro, já que se interpunha entre os dois, mas se percebeu *cuidando dele como de um filho!* Agora teme que seu cachorro sinta-se abandonado, com o nascimento do bebê, e planeja “arranjar-lhe uma companheira” — sua forma de evitar a dor da exclusão e a privação.

Confiança é algo tão central nas vivências de Prímula quanto o é nos escritos de Winnicott (1956, 1964, 1969a), que localiza na contínua adaptação da mãe a seu bebê, a possibilidade da criação de um espaço de confiança, onde o bebê possa exercitar seu potencial criativo para que, numa etapa bem mais sofisticada, seja capaz de viver no mundo de forma adaptada, porém autêntica e original. Prímula parece ter sobrevivido a falhas ambientais, conservando a esperança de um novo encontro confiável, ao mesmo tempo em que duvida dessa possibilidade. Como confiar em uma mãe que a expulsa de casa para acolher em sua casa um hóspede que pague por sua cama? Como confiar na mãe que atribui à maldade da filha sua incapacidade de gerar um filho? Como confiar no médico que não fornece seus telefones para que possa ser encontrado em caso de necessidade? Como confiar no marido que, diante de situações de tensão, se aprisiona no banheiro, vítima de diarreia? Como confiar na empregada que de um momento para outro a abandona? Assustada, Prímula esconde sua gravidez de todos e sente-se aliviada ao verificar, em uma visita à maternidade, a existência de um “segurança” que tem como função garantir a integridade física de seu bebê, expressa pelo medo de que alguém o *roube* ou de que seja *trocado* por outro bebê.

Ao final do sexto mês, Prímula está mais distante das preocupações iniciais com a estética do corpo ameaçada pelas transformações da gestação e começa a se preocupar com os cuidados dispensados a um bebê, selecionando o banho do bebê para comunicar o mundo de sensações em que mãe e bebê estão mergulhados: a água, o sabonete, o óleo de amêndoas, a pele, a temperatura, o cheiro... Sensorialidade que a leva tão longe a ponto de se tornar insegura acerca do retorno à genitalidade, expressando temor à frigidez após o parto. Ela teme a continuidade de vivências de fusão que experimenta agora na gestação para além do parto, o que a impossibilitaria de separar-se de seu bebê e a incapacitaria para a maternagem. Prímula duvida de sua capacidade de se render ao estado *preocupado* como também para se recuperar dele e voltar à sua própria vida.

P - Você reparou que eu te chamo de Vera?

T - Reparei...

P - Mas não é Vera, é?

T - Não, é Tania.

P - Nossa, da onde eu tirei Vera?

T - É alguém que você conhece?

P - Não, não conheço nenhuma Vera...

Já no oitavo mês, Prímula se dá conta da confusão criada em torno de seu nome, criado por ela da mesma forma que o seu fora *inventado*⁹ por sua mãe, no momento em que começa a se preocupar com a escolha do nome que irá chamar seu filho. Apesar da confusão

⁹ Prímula lamenta o fato de sua mãe haver criado nomes, unindo letras a seu bel-prazer, para suas três filhas tomando, apenas, o cuidado de manter a mesma inicial para todos eles. Interessante notar que quando Prímula escolhe um nome para seu filho, dentre três opções que lhe agradam e parecem casualmente manter a inicial de seu próprio nome, leva em consideração o conselho de um numerólogo que aponta um dos nomes pretendidos como o que garantirá um futuro feliz para Narciso.

desfeita, a fusão permanece e continuei me chamando Vera até o nascimento de Narciso, quando então nos separamos. O contato com Prímula indica que dois modos de vinculação são muito presentes, a relação fusional ou a interrupção brusca e total, ambas herdeiras do relacionamento com a própria mãe, que parece viver também, de forma alternada, esses dois extremos. Suas experiências de ilusão (Winnicott, 1954b) parecem ter sido seguidas por desilusão grosseira, dificultando a retomada de nossos encontros no pós-parto, ocorrida somente após três telefonemas em que eu lhe assegurava minha disponibilidade para recebê-la e seu direito ao atendimento.

Prímula conta um sonho, ao final do último telefonema:

P...eu via minha mãe na rua vindo na minha direção, seu rosto estava horrível, parecia triste, cansada, tinha olheiras e quando chegava perto, ela passou reto sem nem olhar, vê como ela é?!

T - Parece bem você Prímula, triste, cansada e passando reto...

Acontece um silêncio, seguido de choro.

T – Puxa... eu te fiz chorar, não é Prímula?

P - Ela continua a chorar.

Eu espero.

A partir desse momento ela ousa confiar e se aproxima novamente. Durante os primeiros reencontros, Prímula chorava bastante, sentindo-se fragilizada e sensibilizada com a ausência da mãe, luta com seu peito para que sirva de comprovação de sua potência materna, invejando os gordos bebês das mães que encontra na sala de espera do pediatra... Deseja ardentemente que seu filho seja reconhecido pela avó com a esperança de, indiretamente, ser reconhecida como filha, mas tal

aproximação contém perigos como a rejeição ou ainda ter seu filho roubado pela mãe invejosa.

Os encontros se organizam como campo atual para vivenciar não só sua história como também o novo: deixando Narciso nos meus braços enquanto se ausentava da sala, fazendo-me segurar seus protetores de seio enquanto amamentava Narciso, ou apontando-me a sacola com o dedo da criança, que tem a mãe como extensão de si mesma e que parece “adivinhar” suas necessidades, pois busca se adaptar a elas, “imaginando” o quê, de dentro da sacola, precisa. Vivendo e recuperando-se gradativamente do estado *preocupado* que a absorvia a ponto de assustá-la, Prímula cria sua própria maneira de ser mãe, levando o filho e a babá para o escritório e envolvendo Lírio nos cuidados do bebê, à noite. O fantasma da mãe perseguidora (Winnicott, 1954b) não a assombra mais, alguém a olha e a vê (Winnicott, 1967a) e, num movimento de gratidão e comemoração, presenteia-me pelo Dia das Mães.

3.2- O Cravo brigou com a Rosa

...não adianta nada informação, se a cabeça da gente não tá boa.

Rosa, aos cinco meses de gestação, após dois abortos espontâneos ocorridos por problemas de cistos ovarianos está satisfeita, mas preocupada com o parto: teme o parto normal porque em sua família todos os bebês nascem muito grandes, mas obtém algum alívio da garantia do médico quanto ao parto cesáreo já que tem placenta baixa, e da promessa da mãe de acompanhá-la na hora do parto, pois seu marido *não agüentaria*.

Rosa foi criada por sua mãe, seu pai morreu quando ela tinha oito anos, de quem só tem *lembranças ruins* que a fazem sentir-se deprimida, é muito ligada à avó materna e fica penalizada com a preocupação que a avó nutre em relação a um primo seu que está na prisão, passando pelos mesmos problemas que seu pai.

Uma história de amor entre uma princesa e um príncipe africanos contada por Cravo, marido de Rosa, a toca de tal forma que promete a ele chamar sua filha pelo nome da princesa, até o momento em que sua avó sonha com seu bebê e pede à Rosa que mude o nome pretendido para Angélica. Rosa, pressionada pelos laços afetivos que a prendem à avó, não consegue desvencilhar-se de seus desejos e concorda com ela, dando início à batalha de Cravo pela autoria da filha, ameaçado de exclusão pelo poder que a linhagem feminina detém, na família de Rosa, nas questões referentes à concepção.

Impossibilitada de vir a meu encontro por estar acamada, a conselho médico, Rosa passa a se comunicar comigo por cartas, sugestão feita a ela também por carta. No último mês de gestação, Rosa escreve sobre as desavenças com Cravo:

Dra Tania,

Oi, Tania, agradeço pela carta e garanto que também sinto falta dos nossos encontros de segundas-feiras.

Tania, preciso muito me desabafar. Apesar de ter mãe, não quero falar da minha vida com ela. Eu andei passando por momentos difíceis em meu relacionamento com Cravo.

No começo do ano ele chegou perto de mim e pediu um tempo em nosso relacionamento; não consegui entender o porquê desse tempo, passaram alguns dias, ele conversou com minha mãe e falou para ela que eu andava muito chata, pegando no pé dele e que ele nasceu para ser livre; isso tudo

aconteceu porque ele andou chegando em casa tarde, bêbado e falando palavrões.

Isso tudo me deixou em pânico, pois não imaginava que um dia passaria por isso. O pior ainda estava por vir.

Achei melhor sair de nossa casa, agora estou morando com minha mãe, na esperança de ter mais sossego. Ele me visita lá, mas os problemas não se resolveram, ele está muito estranho. Não sei se vou para a casa da minha avó...

Um dia ele chegou perto de mim e falou que só iria se preocupar com a filha dele e que eu que me virasse, que não contasse com ele. Que falta de consideração, no ano passado ele esteve muito doente e quem cuidou dele fui eu!

Agora, quando mais preciso dele, ele prefere ensaiar com o grupo de pagode, sair com os amigos para beber ou ficar falando de aventuras com outras mulheres, na minha frente!

O pior não é só isso, mudou-se para o quintal uma menina de 15 anos com sua família, acredita que no final de semana fui chamá-lo para irmos ao shopping comprar a banheira da nenê e, quando chego, dou de cara com a menina, sentada em nossa cama, escutando música! Tudo bem que a janela estava aberta e eles só estavam conversando, foi a pior sensação de toda a minha vida. Não preciso dizer que minhas dores começaram nesta noite.

No dia seguinte, quando chegou do trabalho, foi me procurar e teve a cara-de-pau de falar que eu fui grossa, não cumprimentando ou conversando com a menina, imagina o estado de nervos que fiquei!

O que isso tudo causou foram as dores fortes aqui embaixo na barriga, que me levaram ao hospital duas vezes! Tive que tomar injeções para evitar que a Angélica nascesse e conseguisse chegar até o final da gravidez, já estou com dois dedos de dilatação e estou com medo de ter uma

depressão pós-parto, apesar de já estar deprimida. Vivo assim, nervosa, chorando pelos cantos, solitária.

Por isso peço-lhe ajuda.

Agradeço, desde já, por tudo.

Beijos da Rosa.

Rosa não podia entender a forma como excluía a seu marido e a si mesma como esposa ao adotar o nome definido pela avó, desconhecendo os motivos da atitude reativa de Cravo, que lhe parecia insana. Cravo, tratado como mero reprodutor, legitima essa situação através de aventuras extraconjugais, ameaças de abandonar a companheira e promessas de apego exclusivo à filha. Rosa, temendo a maternidade, busca auxílio na figura materna idealizada e materializada na avó, obtendo a segurança de que necessita nesse momento em que se sente só e duvida da capacidade de Cravo para protegê-la das ameaças que se prenunciam com o nascimento do “grande bebê” imaginado.

Rosa comunica, ao telefone, o nascimento de sua filha e seu alívio pelo seu bem estar e pela saúde de Angélica, que mama e dorme bastante. Seu marido tem sido atencioso, durante as visitas que lhe faz, mas preocupa-se com a resistência da mãe em aceitá-lo novamente. Quando lhe pergunto sobre sua própria disposição, a resposta é: *eu quero ficar com ele...* Mostra-se também receptiva à visita domiciliar no pós-parto, oferecida ainda durante a gestação. Mais uma vez nos comunicamos por carta e agendamos o encontro na casa de sua mãe, onde estava morando com Angélica.

Contrariamente às minhas expectativas, Rosa não parecia estar à vontade na casa da mãe, embora estivesse se saindo muito bem, enquanto mãe. Seu estado devotado para com a filha mostrava

sensibilidade e delicadeza e se mesclava com um sentimento de desconfiança em relação à sua própria mãe, que lhe parecia mais atenta às demandas do genro do que às suas, aconselhando-o a *seguir seu próprio caminho*. Entre sussurros e gestos sinalizava seu desconforto com uma figura materna persecutória e sua busca de substitutos, na terapeuta e na possibilidade de se voltar para sua avó querida.

Na tentativa de resolver os conflitos gerados pela escolha do nome da filha, Rosa tenta uma conciliação, oferecendo ao marido a possibilidade de escolha de um nome, a ser colocado ao lado do nome sugerido por sua avó, formando, assim, uma composição. Ele aceita, com hostilidade, dando à filha um nome, que nunca esteve presente em seus pensamentos, tornando-a filha de ninguém:

... *parece nome de bruxa ?!* __ reclama Rosa,
... *mas pode ser nome de pedra* __ justifica Cravo.

Nos primeiros dois meses após o parto, a dedicação de Rosa à Angélica parece transcorrer com naturalidade, sua depressão parece estar mais associada ao desamparo sentido no contato com o marido e com sua mãe e, apesar disso parece estar conseguindo prover sua filha do que ela precisa.

Um mês após minha visita, Rosa envia outra carta, onde informa que Angélica está muito bem e se desenvolvendo, enquanto seu sofrimento oriundo da separação de Cravo tem se agravado. Como solução opta por se mudar para a casa da avó, por quem nutre uma afeição especial e de quem imagina receber o *holding* que, aflita, procura sem encontrar. Diante do abandono, imagina que eu possa ser a ponte que a leve de volta a Cravo, que só tem olhos para a filha e, pede que eu procure seu marido para falar de seus próprios sentimentos...

Rosa parece tão menina quanto a própria filha, no que se refere a suas expectativas diante da mãe e do marido que, a seu ver, falham na tarefa de lhe dar suporte emocional nesse momento de extrema sensibilidade. Winnicott (1957) aponta a devoção do marido, sua capacidade de proporcionar *holding* à esposa, como a principal função do pai no início de vida de seu filho. Para o autor (1945b) o pai se mostra fundamental sob três aspectos principais:

1. O pai, no caso de manter bom relacionamento com a mãe, contribui para seu bem estar físico e psíquico, protegendo-a das interferências externas à relação mãe-bebê tranqüila. Sua vida sexual, além de gratificante para o casal, é tomada pela criança como referência para todas as fantasias que se desenvolverão em torno da triangularidade das relações.
2. O pai pode funcionar como suporte moral da autoridade da mãe, tornando-se co-responsável pela lei e pela ordem, aliviando a mãe das dificuldades implícitas à criação dos filhos, fardo pesado demais para ser carregado por uma única pessoa.
3. O pai é necessário para os filhos, no sentido de enriquecer suas vidas com a sua forma pessoal de ser, fornecendo elementos distintos daqueles apresentados pela mãe no cuidado dos filhos, à medida que se aproxima deles e sobrevive a eles.

Rosa tem péssimas lembranças do pai, sua mãe precisou desempenhar o duplo papel no cuidado dos filhos, o que a investiu de poderes femininos e masculinos, colocando-a em posição de considerar a participação de Cravo, dispensável. Cravo, ao sentir-se excluído da íntima relação que se desenvolve entre Rosa e sua filha,

repetição das várias gerações de relações exclusivamente femininas, desespera-se como filho e se perde como marido. Agarra-se ao papel único de pai de Angélica, na tentativa de se equilibrar numa posição mais adulta que, por frágil, o cega para as necessidades atuais da esposa: amparo, proteção e carinho do marido, para que possa romper o magnetismo, exercido pela mãe e pela avó, que a atraem para uma existência assexuada.

3.3- A superpreocupação de Violeta

Grávida do terceiro filho, uma menina, Violeta preocupa-se com a amamentação: teve seu primeiro filho aos 16 anos, de parto normal, não pôde sustentar a amamentação, fonte de sofrimento e dor, oriundos do *empedramento* do seio e de lesões no mamilo, que o deixaram *pendurado*. Sua mãe foi a mãe desse filho, enquanto Violeta trabalhava e *amadurecia*. Casada pela segunda vez, deu à luz a outro menino, não conseguindo amamentá-lo também, *nem mesmo na maternidade*, apavorava-se quando o bebê sugava seu seio provocando-lhe *aquela dor insuportável* assim como a lembrança da experiência mutilante anterior, sentia raiva das enfermeiras que a *obrigavam* a colocar seu filho ao seio, mas encontrara o apoio do marido que, ao lhe comprar mamadeiras e leite a preservara, devolvendo-lhe a tranquilidade para cuidar de seu bebê. A amamentação continua sendo desejada e temida, como quando Violeta associa o *estado preocupado* da mãe com a depressão pós-parto:

...ficar o dia inteiro com o bebê, só pensar no bebê, dar de mamar, acordar de madrugada, não ter tempo de tomar banho, eu preciso me controlar, depois que Girassol nasceu eu tive depressão, não vou abrir mão de um tempo pra mim!

Violeta está descrevendo quão irresistível é a força que a impele em direção ao bebê e a necessidade de mecanismos protetores para que sua identidade se mantenha integrada, apesar dos apelos provenientes do desamparo do bebê. Quem é esse bebê que devora mamilos? O temor é de que, uma vez envolvida em sua preocupação de mãe, suas próprias necessidades não possam mais ser satisfeitas. A imagem do *bebê-devorador* parece ter sido a forma plástica escolhida por Violeta para dar concretude ao risco envolvido em sua devoção paralisante, da mesma forma que sinalizava sua sensibilidade ao primitivismo das angústias de seu bebê.

Violeta cuida dos dois filhos, do trabalho, do marido, da mãe doente, do irmão adolescente. Cuidar e preocupar-se são o cotidiano de Violeta, *fico nervosa porque quero tudo direitinho* e apesar de todos os seus esforços, seu chefe se irrita com seus mal-estares ou quando falta ao trabalho para ir à consulta médica.

Extraíu tanto prazer do cuidar que não consegue se afastar da mãe, já recuperada, e se confronta, agora, com o ciúme do marido e suas queixas de abandono pela esposa. Ele quer que sua sogra vá embora para que possam, novamente, viver como casal e como pais de seus filhos. Conflitos psíquicos provenientes da relação primária entre Violeta e sua mãe, certamente, participam da conformação que sua *preocupação materna* está tomando. Porém, é neste momento em que Violeta se preocupa tão intensamente, que o passado se potencializa no presente, descortinando-se toda uma história vivida e abrindo-se a possibilidade para o novo.

Parece que a *preocupação materna primária* exerce uma força de atração para trás e para frente, ao mesmo tempo, no sentido de voltar-se para o primitivo, para o subjetivo sem, com isso, perder contato com o outro, com o mundo externo. Mas Violeta precisa, à semelhança de

*João e Maria*¹⁰, “atirar pedrinhas pelo chão” para garantir o retorno de seu mergulho regressivo, movimento necessário para que recolha a matéria-prima com que irá trabalhar o *self* materno, lugar de entrelaçamento dos vestígios das mães que a antecederam com elementos de sua própria criação.

Após a adolescência, habitada por muitas brigas com a mãe, Violeta engravida, entrega o filho à mãe, retomando-se como filha. Com o segundo filho nos braços, ela ousa ser mãe, entrega-se à maternidade intensamente e vive a depressão pela primeira vez, passando a temê-la. Grávida pela terceira vez, já capaz de reconhecer seus movimentos internos, expressos no cuidado excessivo de todos que a cercam, pede ajuda para que possa “relaxar”... Violeta, em estado excitado (Winnicott, 1954b) de busca, almeja o estado relaxado do bebê que encontra o que procurava, daí não poder dispensar a presença de sua mãe, sentida como fundamental para que possa *segurar* seu próximo filho. Violeta cuida para ser cuidada e precisa ser cuidada para cuidar, instalando-se, assim, um *ciclo preocupado* que não pode se romper, caso em que o bem estar psíquico da mãe ou do bebê estaria ameaçado.

Com medo de sucumbir à *devoção*, Violeta também abre mão da amamentação de Jasmim, agora já nascida, o que a colocaria perto demais de uma condição fusional, ameaçando a discriminação mãe-filha e, para tal tarefa, conta com a ajuda do marido, que se interpõe entre as duas, oferecendo a mamadeira. De outro lado, conserva a mãe perto de si, como guardiã da dedicação e do cuidado maternos.

¹⁰ Um dos contos dos irmãos Grimm (1989), onde João, irmão de Maria, atira pedras para marcar o caminho que os levará de volta para a casa dos pais, já que estes pretendiam abandoná-los na floresta.

3.4- Amarílis e o Espelho

...não estou me reconhecendo!

Amarílis nos procura nos últimos dias que antecedem seu parto, fazendo um único contato para retomá-lo, somente, aos quatro meses de idade de Petúnia, sua filha, por não estar *conseguindo segurar a cabeça...*

Amarílis não tem família, perdeu seu pai, quando bebê e sua mãe, aos sete anos de idade, sendo adotada por uma senhora, a quem passou a chamar de avó e com quem viveu muitas brigas e ameaças de abandono. Depois da morte dessa, um tio materno torna-se responsável por ela até a maioridade, perdendo-o, aos 17 anos. Apesar de só, sempre teve muitos amigos e namorados, porém, seus relacionamentos mais profundos sempre foram homossexuais e vividos com muita paixão. Sempre foi bem sucedida no trabalho e gozou de liberdade e ausência de rotina, em sua vida pessoal e profissional. Enfim, podia se dizer feliz e haver realizado alguns sonhos, como viajar à Europa e comprar um carro.

Havia um namorado apaixonado, Amor-Perfeito, que sempre esteve disponível para Amarílis, *quando precisava de um porto seguro*, e para quem correu quando se viu grávida de um *caso de férias*. Ao vê-la desesperada, sem saber que rumo seguir, Amor-Perfeito se oferece como marido e pai, sendo, desta vez, aceito por ela.

Amarílis encontra *um pai maravilhoso* em Amor-Perfeito, obtendo a segurança, a ordem, a provisão, a rotina, de que tanto carece, porém se perde como mulher. Sente-se *monstruosa, com uma barriga enorme, cheia de manchas e espinhas na pele, cabelo feio*, impossibilitada de carregar livremente sua filha, Petúnia, em função de tendinite nas mãos e enciumada da paixão que testemunha entre a filha e o marido. Não se reconhece mais,

novos hábitos atestam atitudes antes condenadas, como passar seus dias em casa com a filha ou ainda assistir a novelas na televisão. Procura-se, desesperada, nas fotografias do passado, que tem guardadas em muitas caixas que, *também precisam de organização*. O prazer e o desejo sexuais inexistem com o marido, sendo então buscados em encontros furtivos com o pai de sua filha que, por sua vez, a preenchem de culpa e indagações: *terei feito uma boa escolha? Deveria ter contado ao Copo-de-Leite que ele é o pai da Petúnia? Já me passou na cabeça, escrever uma carta e deixar Petúnia para Amor-Perfeito...*

Amarílis se surpreende quando lhe falo das restrições que a existência de Petúnia lhe impõe e que precisa de ajuda para suportar suas emoções¹¹ em relação à filha, sentida como um fator limitante a muitos de seus anseios como, por exemplo, *dirigir em alta velocidade com os cabelos ao vento* ou levar uma vida sem compromissos, horários, controle ou organização. Amarílis se defende da ambivalência sentida, afirmando que a filha é *a coisa mais preciosa de sua vida* e não admite a idéia de perdê-la precocemente, situação vivida com sua mãe, e que a levou a revestir a figura materna de uma beleza indestrutível. Beleza que a protege do contato com a própria destrutividade tanto quanto a aprisiona em um modelo inatingível, um espelho fixo, que não possibilita a flexibilidade de que precisa para ser ela mesma, enquanto mãe. Dito de outra forma, Amarílis precisa livrar-se do fantasma materno para poder encarnar uma nova mãe, a mãe que ela pode ser.

Amarílis percebe que Petúnia precisa da rotina e, não é sem sofrimento, que tem lutado para conseguir fornecer um ambiente estável para a filha. A liberdade total, assim como o amante, a seduzem com a promessa de prazer e ausência de sofrimento, ao mesmo tempo que a assustam, com a possibilidade de enlouquecimento. De outro lado, o

¹¹ Quando está ao volante de seu carro, com a filha no banco de trás, teme a ocorrência de algum acidente que cause a morte da filha, afastando-a para sempre. Busca se proteger dessa ameaça, levando a babá consigo e dirigindo bem devagar.

espaço seguro do lar e da família é tanto buscado, como lugar de crescimento para a filha, como temido, à semelhança de armadilha que atrai para, em seguida, aprisionar. Amarílis agoniza em seu *porto seguro*:

Quando saí daqui, na Quinta-feira (nosso primeiro encontro), fiquei uns vinte minutos no carro pensando, sabe quando você está no deserto e vê uma miragem: vinte copos de água? Você era a miragem, só que não era miragem, eram vinte copos de água mesmo, e eu falei tanto...

Amarílis está em busca de um espelho (Winnicott, 1967a) que a reflita para que nele possa se reconhecer. Do *olhar especial* que a filha endereça à Amor-Perfeito, somado à cena ocorrida em sua casa, em que o filho de uma amiga sua, que estava com problemas de lactação, aceita naturalmente ser amamentado por ela; Amarílis conclui, com tristeza, que *não passa de um peito* para sua filha. O uso indiscriminado que o bebê da amiga faz de seu peito a leva em direção a sentimentos intoleráveis de exclusão e de menos valia, surpreendendo-se com a ausência de ciúme na amiga. Explica o olhar indiferente, que a filha lhe endereça, pela falta de aconchego de seu colo, proveniente da dor causada pela tendinite e, dessa forma, fala do sofrimento da mãe, que não consegue dar o que o filho precisa, pois também necessita ser segurada (*holding*):

...minha infância foi muito triste e minha adolescência muito ruim.

Os rostos, nos quais Amarílis se mirou, parecem ter falhado na função de refletirem o *self*, oferecendo imagens distorcidas,

confusas ou ainda que pertençam a outrem. De posse de alguns poucos *reflexos*, Amarílis parece estar condenada à incessante busca de uma imagem, que capte sua essência, como no seu jogo de adivinhação preferido, no qual um grupo de pessoas elege um dos participantes e passa a descrevê-lo, utilizando-se de nomes de animais, plantas, lugares, vestimentas, cores, etc., como pistas indicativas de seu estilo de ser, para que “adivinhem” a identidade daquele que foi eleito. Amarílis entra em êxtase, quando é a escolhida, pois através das descrições verbalizadas, procura encontrar algum sentido, algum sinal, que a faça se sentir mais próxima de si, que a faça se sentir **real**, como diria Winnicott (1967a).

As figuras parentais da infância de Amarílis são etéreas, desprovidas de corpo e características humanas, habitam corpos celestes e a protegem magicamente. Têm a função confortadora, mas também se oferecem como modelo parental um tanto quanto idealizado e impalpável. As lembranças que guarda da mãe, do pai ou do tio são tão tênues, à semelhança do sonhador, que desperta e recolhe, com esforço, as poucas amostras que lhe restaram do sonho e que, se atestam sua existência, também confundem o sonhador.

Seus sintomas cutâneos, a busca de contato físico intenso com a filha e com outras mulheres, assim como o afastamento dos homens, parecem apontar para a necessidade de um *espelho* humano, que a reflita corporal e psiquicamente, de forma a se sentir inteira e amada. Amarílis carece do olhar e do toque, que tracem um contorno para seu *self*, que possibilitem que se aloje, confortavelmente, dentro de seu corpo, adaptando-se às mudanças desse, vivendo o processo desencadeado pela experiência da maternidade, que a coloca na posição da que acolhe, olha e toca. Amarílis, diante do espelho que nada reflete, pois nele não se encontra, dramatiza seu sofrimento através da indiferença que vê no olhar

da filha, como se esta estivesse a experimentar a mesma falha: olhar para o rosto da mãe e não ver nada.

A- Ela está mais carinhosinha, ela está diferente..._
referindo-se à filha.

*T - **Ela** está diferente?*

A- Será que sou eu?

Ao ser tocada pelos olhos do outro, Amarílis se descobre e se destaca da filha, podendo tomar a distância necessária para que a aprecie e possa partir para explorações de seus tantos outros mundos, mantendo preservada tanto a capacidade materna quanto os contornos de sua identidade.

CAPÍTULO 4 - PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA AMEAÇADA

4.1- A Menina-mãe

A fragilidade e o sofrimento de Gardênia, já revelados no olhar submisso e na voz apagada, ganham espaço no encontro terapêutico e atestam carências nas áreas primitivas do cuidar materno que, hoje, se fazem sentir quando dela se espera o mesmo tipo de cuidado.

Gardênia está grávida do sexto filho, fora encaminhada pelo serviço de psicologia do hospital onde realiza o pré-natal, para acompanhamento psicológico durante a gestação e o pós-parto. Gardênia tem um casal de filhos de seu primeiro casamento e três filhas do atual marido que, hesitante a princípio, assume a paternidade de sua primeira filha somente após seu nascimento, passando, então, a desempenhar um papel central na área do cuidar.

O relato das gravidezes e partos de Gardênia parece conter sempre um elemento trágico, revelador de falhas ambientais antigas, sinalizando possíveis desestruturações psíquicas. Os dois primeiros filhos são frutos de um casamento desastroso, sendo que o primeiro, uma menina, nasceu após uma queda de Gardênia e o segundo lhe trouxera muitas preocupações, advindas de um tumor cerebral diagnosticado aos sete meses de vida do bebê, quando um dos familiares presencia uma convulsão, já observada por Gardênia, mas desacreditada até então.

Ao final de sua terceira gestação, Gardênia procurou o hospital, ao constatar o rompimento da bolsa das águas, fora examinada e enviada de volta para casa, com a justificativa médica de que faltavam ainda quatro semanas para seu parto. Um mês depois, sentindo um *peso na barriga*,

Gardênia procura outro hospital, onde dá à luz e fica constatado o pós-datismo de quatro semanas:

...não me deixaram ver minha nenê, eles enrolaram ela num pano e levaram embora, aí o médico falou que precisava cuidar de mim, eles me limparam, eu fiquei nervosa e ele me disse que depois ia falar comigo, me deram um calmante e eu dormi até o dia seguinte. Pensei que ela tava morta! Depois o médico veio e disse que tinha passado do tempo e que a nenê fez as necessidades na minha barriga e precisavam cuidar dela, limpar... Ela tava viva, mas não podiam me mostrar porque ela tava um monstro. Era uma criança que tinha nascido, mas tava toda suja e a pele toda repuxada, quando eu vi, ainda tinha um pouco grudado na pele, tava um monstrinho mesmo, ficou 15 dias no hospital, não pude pegar minha nenê no colo e nem dar de mamar, só olhar pelo vidro, agora ela é gorda, ela é linda!

Gardênia sai do hospital com sua filha nos braços, depois de 15 dias de internação, com um equivocado atestado de óbito na mão. Parece que a vida está a lhe pregar peças ou conspira contra seu bem estar. Seu marido, então namorado, ao saber das dificuldades vividas por mãe e filha, vai ao hospital e *se apaixona* pela filha, sendo este o momento em que decide ser pai e marido.

Durante a quarta gestação, Gardênia se desintegra, após uma violenta discussão entre ela e sua mãe que, doente, estava a seus cuidados. É levada ao psiquiatra, que explica a seu marido que ela *perdeu o juízo*, e autoriza a internação, mas esse decide ausentar-se do trabalho para cuidar da esposa em casa, alimentando-a e cuidando de sua higiene:

O jeito que eu fiquei é como quando eu era pequena, eu vivia com uma boneca e gritava se alguém tirasse ela de mim, não deixava

ninguém chegar perto, só meu marido e meu irmão, o que penteava meu cabelo quando eu era pequena. Eu também via minha irmã, que morreu, ela cuidava de mim, diziam que eu chamava ela, direto. Meus filhos, eu olhava, ouvia dizerem que eu era mãe deles, mas eu só olhava...

Recupera-se depois de uma semana, no instante em que percebe sua irmã fazendo as malas de seus três filhos, para leva-los para sua cidade já que Gardênia estava incapacitada para o cuidado deles. Ela se volta para a irmã e pergunta sobre o que estão pretendendo e deixa sua boneca de lado, assim que obtém a resposta. Apesar do estado frágil de Gardênia, que demanda cuidados maternos por parte do marido, ela emerge como mãe, assim que se vê ameaçada da perda dos filhos ou talvez, no momento em que se dá conta de que existe um lugar a ser habitado por ela.

Gardênia, última dos seis filhos de sua mãe, guarda apenas lembranças amargas de sua infância _ o pai bêbado e ausente era, constantemente, substituído por seu irmão nas funções paternas e sua mãe estava distante das qualidades, que imagina comporem uma boa mãe: *carinho e dedicação*¹². Ela situa essa falha ambiental, ora na raiz de suas dificuldades emocionais e ora como consequência delas, refletindo a ambigüidade vivida pelo bebê que, na ausência da adaptação da mãe às suas necessidades, sentida mais como ameaça do que como fracasso, apenas reage (Winnicott, 1956).

Eu era uma criança muito assustada, vivia me escondendo embaixo das coisas, parecia um bicho, acho que eu tenho medo do mundo...

¹² Gardênia costumava diferenciar *dois tipos de mãe*, observando apenas em sua irmã a possibilidade de integração desses dois aspectos: **Mãe** é aquela que cuida, veste, dá comida e **Amiga** é aquela que conversa com os filhos, aconselha, os filhos chegam e contam as coisas, que nem minha irmã, eu vejo, os filhos chegam e contam. Ela tem paciência, conversa, é amiga...

Das invasões todas, Gardênia seleciona uma como sendo a definitiva na organização de suas defesas mais primitivas: após ter sido estuprada pelo irmão, aos 13 anos de idade e silenciado por dois anos, compartilha seu segredo com seu namorado que, num misto de indignação e medo, o revela. Ao contrário das intenções do namorado de que se fizesse justiça, a versão de Gardênia é desacreditada por toda a família, seu pai encontra justificativas no alcoolismo do filho e sua mãe insinua uma atitude provocante da parte de Gardênia, que *sempre andou no meio dos matos*. Ao não ser vista ou ouvida, Gardênia perde, novamente, a possibilidade de ter um lugar na família, enquanto filha, e se cala, mais uma vez, num silêncio de morte:

A minha virgindade não ia ser devolvida, se ele fosse preso ia acabar com a vida dele, e eu já estava morta, aquela Gardênia morreu naquele dia, esta é outra Gardênia.

Gardênia se vê aprisionada pela confusão criada em torno da cena de estupro, sentindo-se culpada pelas acusações dos familiares, ao mesmo tempo em que culpa a mãe pelo ocorrido, já que esta a enviava à casa do irmão para ajudar a cunhada a cuidar dos filhos, da casa e a suportar as agressões do marido bêbado. Gardênia não sabe para qual espelho olhar, qual é o verdadeiro? Será a vítima ou a vilã? Gardênia parece estar se mirando num espelho partido, onde faltam algumas partes, não sabendo como preencher as lacunas e perdendo, com isso, a noção do conjunto. Cansada de buscar a resposta, ela argumenta: *acho que sempre fui diferente...* Como se a imagem deformada, que observa, tivesse mais a ver com a sua própria forma de ser do que com o espelho em si.

A quinta gestação de Gardênia transcorreu sem problemas, mas a experiência do parto foi carregada de sofrimento e seguida de nova *crise* no pós-parto. O parto foi difícil, demorado e doloroso, para além do que ela admitia como suportável. Na primeira noite, após o nascimento da filha, ficou só, porque seu marido não conseguira entrar no hospital para visitá-la, não queria segurar a filha, pois temia atirá-la para longe, não queria ver ninguém, permaneceu chorando no escuro até o dia seguinte, quando seu marido passa a acompanhá-la, ocasião em que se recupera e assume os cuidados da filha. Esta foi contaminada por citomegalovírus, apresentara convulsões e é acompanhada até hoje, no Hospital das Clínicas. Para Gardênia, sua filha é *normal, ela não tem nada, é perfeita, até já vai ter alta das Clínicas* e é a filha com quem se sente mais ligada, associando a intensidade do vínculo com a doença da filha e sua necessidade de vigilância constante.

Gardênia vive momentos difíceis, quando vem a saber, pelo médico, que o bebê que agora espera é uma menina. A dor causada por essa notícia faz com que haja trasbordamento de ódio sobre o médico, sobre o marido, culpando-o pela incompetência de gerar um filho homem, sobre seus filhos, chegando a ponto de ameaçar a filha mais velha, com uma faca no pescoço. Gardênia apenas poupa a mim, faltando ao nosso encontro, argumentando que ficara muito irritada para vir. Gardênia sonha com o *bebê-menino*, que lhe aparece *lindo* num sonho, ao lado do *bebê-menina, um bicho!* Ela não quer mais ter meninas, que possam se envolver em relações incestuosas, ela quer ser o objeto de amor de seu marido, de cuja masculinidade sua família duvidara e de sua mãe, imaginando que esta, já morta, possa lhe dar o menino que tanto espera. Gardênia gostaria, sim, que ela mesma se transformasse num menino, pois quem sabe assim atrairia o amor do marido e da mãe, objeto de amor primeiro. Diante da

informação do médico, decepçiona-se mais uma vez com a realidade, que lhe nega o que mais almeja: ser amada e ser aceita.

No leito de morte de sua mãe, Gardênia recebe o que lhe parece ser seu primeiro carinho, um afago no rosto à semelhança dos que observara, por tantas vezes, entre a mãe e a irmã e que a enchiam de ciúme. Mas o gosto amargo da falta prolongada não pôde ser neutralizado:

Mas foi tarde demais...

A quinze dias do parto, Gardênia se queixa da falta de atenção do marido, que passa seu tempo livre em companhia dos amigos, bebendo, ou ainda brincando com as filhas. Discutiram:

...quase tive uma crise na Sexta-feira, eu tenho de segurar a cabeça, senão...No outro dia a gente conversou, foi bem melhor, até brinquei um pouco com as minhas filhas, depois achei muita bagunça, dei uns gritos, acho que mãe tem que fazer isso, né? Mas foi bem melhor, ficou mais leve, que nem quando venho na psicóloga, eu sempre saio um pouquinho mais leve...

Mobilizada pelo pedido de Gardênia sugeri que seu marido a acompanhasse no próximo encontro, que aconteceria na semana anterior ao parto e onde poderíamos conversar sobre essa sua necessidade dele. Não foi necessária a presença de seu marido, que preferiu deixar Gardênia a meus cuidados, enquanto providenciava a documentação para a sua carteira de habilitação. Ela se mostrou satisfeita com a nova atitude do marido, que está mais atencioso, mais presente, e cujo interesse se diferenciou da procura sexual, que tanto a incomoda. Gardênia já pôde,

inclusive, dizer-lhe o quanto se sente protegida, quando ele está por perto, mostrando, com isso, o tipo de cuidado que espera do marido: *holding*.

“Carinho” é outra palavra escolhida por Gardênia para focalizar o campo das experiências precoces de manipulação (*handling*) como o lugar em que experiências deixaram de acontecer, tornando-a, totalmente, inábil ou incapacitada para questões que envolvessem contato físico. A aproximação física é sempre temida, sentida ora como perigosa, quando sensual e ora como enigmática, quando maternal. Caminhamos um pouco mais na compreensão de suas vivências, quando enfocamos o **tempo**, ficando caracterizado o descompasso entre as suas necessidades e o que a realidade lhe apresentava:

O tempo do bebê:

...não adianta forçar, marcar cesárea, ele vem quando ele quer vir, não é quando a gente quer, é quando ele quer.

O tempo da genitalidade:

Eu fiquei mulher antes de ficar moça! (fazendo referência ao fato do estupro ter antecedido a primeira menstruação).

O tempo da maternidade:

...pra ser bem honesta, eu não quis nenhum deles (filhos), eu nunca pensei que seria mãe, como eu fui muito doente, quando era criança, o médico disse que ia ser difícil ter filhos. Na verdade, acho que eu nunca estive preparada pra ser mãe, sempre faltou algo, o que é, eu não sei, aí é que tá o problema! Eu nunca fui uma mãe completa, falta alguma coisa...

G - Parece que eu sou criança, que eu queria brincar...

T - E porque não brinca?

G - Minhas filhas tem um monte de bonecas, eu até brinco um pouco, mudo as roupinhas... mas eu queria uma boneca!

T - E você não tem...

G - Eu tenho uma boneca, mas não queria comprada, eu queria ganhar uma, e do meu marido, queria que ele me desse!

T - E ele te deu uma porção de filhas... Tudo aconteceu antes do tempo.

Quando reflete sobre a proximidade do parto, diz temer a dor, já que esta fora uma gravidez marcada por dores. Lembra dos partos anteriores e as reações das outras parturientes, que gritavam e xingavam seus maridos, provocando irritação na equipe médica, que reagia com *brincas e beliscões*. Gardênia reage, à sua maneira, ficando bem quieta em seu canto, esperando a dor passar, a ponto de ouvir de uma médica: *você precisa chamar, se ficar aí quietinha vão pensar que não tá doendo...*

T - Porque você não reclama?

G - Pra não levar bronca!

Ao falar da filha que já está para nascer, ela avisa:

G - Eu não vou cuidar!

T - Como assim, o que é cuidar?

G - Cuidar assim de ficar em cima, eu não sou daquelas mães que toda hora tá pegando o nenê. Se tá limpo, tá mamado, fica no berço, senão fica aquelas crianças enjoadas, não gosto de criança enjoada, se tá doente, é diferente, aí eu fico ali, vigiando. Eu preciso trabalhar, tá chegando o Natal e tem os presentes das crianças e são seis! As pequenas vão ganhar tudo boneca e os grandes, só vai dar pra roupa, porque eles querem coisa cara

e esse ano não vai dar, eu sou gastona, vejo os olhinhos deles brilhando, pedindo... mas eu tenho que economizar pra poder aumentar a casa...

Gardênia, menina-mãe, em meio a suas próprias carências, tateia em busca da satisfação dos filhos, sabendo que alcança apenas parte de seu objetivo. A *preocupação materna primária* não pôde se desenvolver por completo, Gardênia tem sido capaz de garantir o sobreviver primitivo ou concreto da prole, que não encontra sustentação física e psíquica suficientes na mãe. Esta conta com a filha mais velha e o marido para a provisão complementar das necessidades básicas de seus filhos, para as quais se sente insuficiente.

Gardênia, num momento de *insight*, sabe o que lhe falta:

Eu não pareço uma mulher, tenho vergonha de ficar sem roupa na frente do marido, não me troco na frente da minha filha, nem ela se troca na minha frente! Pareço uma criança!

4.2- Maternidade Resgatada

Gérbera nos procurou, grávida pela segunda vez, ansiosa com a possibilidade de repetição do episódio psicótico, que se seguiu ao nascimento de seu primeiro filho, apesar de sua recuperação ter se dado, naquela época, em apenas dois meses. Temia não só a reinstalação do quadro, que associava ao processo de parto, como também a

cronicidade, preocupando-se com o que lia e ouvia sobre a depressão pós-parto. Ela parecia procurar algum tipo de garantia de que nada se repetisse.

Gérbera precisava contar e recontar a experiência vivida, adicionando detalhes e corrigindo versões anteriores como quem busca, da velha história, fazer uma nova. Parecia fundamental proceder ao resgate da maior parte de lembranças, que pudessem ser verbalizadas, como um ritual de preparação para a segunda maternagem. E isto precisava ser feito **diante** de alguém, ou talvez, **com** alguém.

Eu tava grávida de três meses do meu primeiro filho, super feliz com a idéia de ter um bebê, meu marido parecia contente também, mas ele tinha outros sonhos...Numa noite, quando a gente tava indo pra uma festa, ele me contou que seu chefe fez um convite irrecusável, ele ia pra um cargo melhor, com um salário bem mais alto, mas precisaria viajar para o exterior, por dois anos! Imagina o susto que eu levei! Claro que eu tava incluída nos planos dele, mas os meus planos eram de morar no Brasil, ter meu filho aqui, na minha casa e com meu marido. E fiquei mais assustada ainda, quando descobri que a data em que ele era esperado na França, coincidia com a data do parto! Ele tentou me tranquilizar, dizendo que o bebê nasceria aqui, depois ele iria na frente, arrumaria uma casa pra gente e aí, eu e o bebê iríamos encontrar com ele.

Gérbera desenvolveu uma relação anaclítica (Freud, 1914) de dependência com o marido, desde a época do namoro, ele passou a funcionar como seu principal referencial, quase como um guia. Quando pressões internas a ameaçavam e um sentimento de confiabilidade no ambiente (Winnicott, 1969a) lhe faltava, não conseguia enxergar qualquer possibilidade de ajuda, recorrendo sempre ao namorado. Tal figura me pareceu tão avolumada, pelas necessidades de Gérbera que, por vezes, tinha

a impressão de estar diante do bebê, da dependência relativa de Winnicott (1960b), que já suporta estar só, desde que tenha a mãe à disposição, na eventualidade de qualquer ameaça.

A idéia de me encontrar com ele era reconfortante, mas a possibilidade de que ele não tivesse aqui no momento do parto, me apavorava! Acho que eu tentava não pensar muito nisso e curtia minha gravidez até que no oitavo mês, meu médico percebeu que eu tava com a pressão alta. Pela cara dele, parecia preocupado, disse que eu precisava fazer repouso absoluto, comer comida sem sal e me passou um remédio pra segurar a dilatação do útero, que já tava com dois dedos! Eu não entendia o que tava acontecendo, tudo corria tão bem...

Como eu tinha que ficar deitada o tempo todo, minha mãe achou mais fácil que eu fosse pra casa dela, aí a emenda foi pior do que o soneto...Meu marido, feliz da vida, providenciando todo tipo de papelada pra viagem, minha mãe sempre envolvida com o trabalho da casa, parecia mais atarantada ainda, com hóspedes na casa. Todos pareciam muito ocupados. Eu ficava na cama o tempo todo, comia na cama, dormia na cama, conversava na cama, lia na cama, via TV, ficava muito sozinha. Meu marido chegava com as notícias da viagem, do nosso apartamento, que tava sendo esvaziado pra ser alugado, das nossas coisas, encaixotadas e espalhadas pelas casas das mães e todos os seus planos de trabalho. Quando eu pensava que o parto tava chegando e que eu poderia estar sozinha...na verdade eu nem queria pensar nessa hipótese.

Duas semanas antes da data prevista, rompeu a bolsa e foi aquela correria! Fomos pra maternidade eu, meu marido e minha mãe. Quando as dores aumentaram, eu achei que não ia suportar, era forte demais pra mim, nem a presença dos dois me confortava. Meu marido me abraçava e minha mãe só olhava...Eu não podia dividir aquilo com

ninguém, só fiquei mais tranqüila quando, já na sala de parto, vi meu médico. O parto, em si, foi rápido e foi um alívio quando tudo acabou. Pelo menos eu pensava que tinha acabado. Na verdade, tava começando a pior experiência da minha vida.

Antes de continuar a história de Gérbera, podemos refletir um pouco sobre o desamparo revivido por ela, inúmeras vezes, ao testemunhar o corre-corre das pessoas que, sem tempo, não se detinham sobre o que ela estava experimentando, ou ainda diante da impotência de seus acompanhantes, durante o trabalho de parto. À semelhança de um bebê, sozinho em seu berço, assaltado por ansiedades persecutórias e depressivas (Klein, 1946 e 1948), Gérbera parecia necessitar de alguém que pudesse processar, em seu lugar, o que se afigurava insuportável ou *impensável* (Winnicott, 1963a). Contava com o marido para tal tarefa, pois parecia haver descartado sua mãe, há muito tempo, que lhe parecia tão incapaz quanto ela própria para **sustentar, manejar** ou **tolerar**. A viagem do marido parecia estar sendo interpretada como abandono por Gérbera, ameaçada de perder o marido-mãe precocemente, como já lhe acontecera, quando sua própria mãe engravidou novamente a apenas dois meses de seu nascimento, tornando-se uma mãe deprimida. É como se os pilares que sustentavam seu *self* caíssem um após o outro, provocando o desmoronamento de Gérbera: as falhas ambientais iniciais, a transferência da maternagem para o marido com a posterior ameaça de perda desse, a dispersão de seus pertences (objetos que espelhavam seu ser), o futuro obscuro num país estranho, tudo isso aliado à novidade e complexidade da experiência de tornar-se mãe, conduziram Gérbera à desestruturação psíquica.

Investigando um pouco mais profundamente a referência de Gérbera ao olhar de sua mãe, percebemos que a qualidade em

questão tinha a ver com a possibilidade de refletir algo, mas não exatamente como o faria um espelho. Gérbera dizia que quando sua mãe *contava suas coisas*, seus olhos brilhavam e se movimentavam, mas ao escutar Gérbera, eles *congelavam* e perdiam o brilho e não se podia saber mais onde ela se encontrava. No quarto da Maternidade, durante o pré-parto, Gérbera nota em sua mãe um outro olhar_ mais vivo, mais aflito, mais preocupado, enfim mais atento àquela experiência, mas que se perdia no desespero da filha, espelhando a impossibilidade da mãe de auxiliá-la no processo de “digestão” daquela vivência caótica.

As contrações me pareciam fortes demais, eu achava que tava acontecendo alguma coisa que não era normal, aí pensei que se pra mim doía tanto, como é que seria pro bebê? Ele devia estar esmagado, senti tanto medo... Depois do parto, quando vi aqueles dois olhinhos brilhantes me olhando, que paixão! Ele nasceu bem, mas tinha pouco peso, o médico disse que eu completasse sempre as mamadas com mamadeira, porque ele precisava ganhar peso, rápido. Eu me atrapalhei bastante pra dar de mamar, ele ficava aflito e eu mais ainda e tudo se acalmava com a mamadeira... Quando eu estava no quarto e a enfermeira trazia meu bebê pra mamar, eu sempre tinha a impressão que a enfermeira ia bater a cabeça dele na porta, parecia que ela não ia calcular bem a passagem pela porta e, sem querer, ia bater a cabecinha dele!

Voltamos pra casa da minha mãe e eu dava tudo de mim pra cuidar do meu filho, sozinha, não aceitava ajuda da minha mãe, não que eu não confiasse nela, parece que eu tinha que dar conta daquilo! Acho que eu me dediquei demais, porque depois não conseguia dormir ou parar de me preocupar, era uma neura, e de outro lado eu tava super feliz, até hoje não entendi direito o que aconteceu.

Muito ilustrativa a alusão de Gérbera à cena imaginada, onde a enfermeira por descuido bate a cabeça do bebê, se lembrarmos do que ela conta sobre o esmagamento que o bebê estaria sofrendo, durante as contrações, concomitantemente com a pressão que sentia sobre o ânus, na fase final do trabalho de parto. A integração psicossomática que se desenvolve na saúde (Winnicott, 1949b) parece ter sido abalada pela experiência do processo de parto, pois enquanto o corpo de Gérbera seguia seu caminho natural, parecia-lhe dotado de vontade própria, colocando-a a mercê de seus comandos. A falta de controle a assustara e sua mente, incapaz de conter o terror que se instalava, forçava uma desconexão entre a psique e o soma, como forma de defesa. O funcionamento do corpo lhe parecia estranho, sentido como entidade em separado e, portanto, indomável. Gérbera se esforça, sem sucesso, para dar conta da demanda de elaboração da vivência física, tentando identificar partes do corpo da mãe e do filho que estão em jogo, localizá-las, compreender a qualidade de ação que se realiza sobre elas e antecipar o resultado final (físico e psíquico) em busca da integração da experiência.

Já em sua casa, Gérbera começava a se *preocupar* com seu bebê, embora de forma bastante mental, não havia muito espaço para o sentir, o pressentir ou o intuir, tornando-se mãe numa base racional. Preocupava-se demais com horários, técnicas de cuidados e em interpretar os processos corporais do bebê, na esperança de desvendar os mistérios daquele que estava a seus cuidados. Racionalizações e mecanismos obsessivos perdiam sua eficácia frente ao montante de angústia mobilizado pela maternidade, cedendo lugar à regressão, única saída encontrada por Gérbera, que se perdia enquanto mãe.

Dez dias depois que Antúrio nasceu, eu tava exausta, comecei a chorar e me sentir muito triste, aí tive um sonho: meu irmão aparecia e

reclamava que eu tinha pegado o lugar dele, ele parecia muito mal. Como a gente tava alojado no quarto dele, na casa da minha mãe, comecei a me sentir mal e resolvi empacotar tudo e me mudar pra casa da minha sogra. Minha mãe ficou grilada, pensando que tinha a ver com ela, eu disse que não, mas senti que tinha uma ponta de verdade nisso. Minha sogra recebeu a gente muito bem e fiquei aliviada. Ela, inclusive, cedeu o quarto dela pra gente. Naquela noite consegui amamentar bem e fui dormir mais tranqüila, mas no dia seguinte senti algo estranho, parecia que a energia ia sumindo e acho que desmaiei. A família se mobilizou para cuidar de mim e do meu bebê, mas eu só piorava... As mães faziam rodízio à noite, para que eu dormisse. Eu dizia que minha cabeça não tava boa, eles não acreditavam! Acho que foi dali uns dias que resolveram procurar o médico, que indicou um psiquiatra, que me receitou Haldol e um remédio pra dormir.

Dessa época, Gérbera guardou lembranças fragmentadas, desprovidas de seqüência temporal ou lógica, elas simplesmente vinham à sua mente que parece tê-las catalogado para uma futura elaboração. Suas amigas se assustavam com suas memórias e preferiam interromper a conversa, mas Gérbera sentia a necessidade premente de compartilhar todos os detalhes dessa experiência com alguém. Winnicott associa o processo de catalogação com uma das fases iniciais do pensamento (1965) e com um mecanismo defensivo (1949b) utilizado frente a invasões do meio ambiente, por exemplo, o trauma do nascimento, que permanecem em estado de espera, para se integrarem ao *self*. Gérbera nasceu de parto vaginal, como seu próprio filho, e a única informação que tem a respeito é de que fora um processo de parto muito longo: sua mãe internara-se em um dia para dar à luz somente no dia seguinte. Não sabemos do impacto dessa demora sobre Gérbera, mas Winnicott (1954d, 1954e) salienta que, apesar da naturalidade do processo de parto e da

hipótese de que o bebê possui recursos para lidar com esse tipo de invasão, por ocasião do nascimento, o parto prolongado coloca o bebê numa situação de espera indefinida ou infinita, o que é extremamente doloroso. Algumas conseqüências parecem confirmar tal hipótese:

1- a forma metódica adotada por Gérbera ao lidar com seu bebê, buscando uma moldura que contivesse aquela experiência amorfa, protegendo-a da imprevisibilidade e da sensação de infinito;

2- o desejo de uma reedição do parto, mas de forma natural e prazerosa, encontrou expressão em sua fantasia de estar parindo novamente, quando ao sentir-se molhada em sua cama, algumas noites após o parto, confundiu a micção com o rompimento da bolsa das águas. Nesse período ela já estava morando na casa de sua sogra e parecia viver períodos de indiferenciação entre a realidade e a fantasia, alternados com períodos de lucidez. A experiência de seu próprio nascimento parece ter se amalgamado com a de seu filho, já não reconhecia o bebê no berço e o parto fantasiado denunciava a confusão eu/não-eu: Gérbera queria mudar também sua própria história.

3- a casa da sogra parece ter sido escolhida como o lugar para a contenção de angústias primitivas, sinalizadas no sonho com o irmão e já em processo de transbordamento. Hoje, Gérbera admite que sua escolha fora acertada, ela descreve sua sogra como *mãezona, forte e dedicada* embora tal situação tenha trazido alguns desconfortos, como a perda de seu lugar de mãe e a conseqüente luta para retomá-lo. Gérbera parece ter escolhido a sogra para ser sua mãe e de seu filho durante o período de desintegração que se anunciava, exigindo força e disponibilidade de uma magnitude que não encontrara na mãe.

Gérbera procurava, em meio às suas lembranças, compreender o que lhe acontecera, não podia seguir o conselho das pessoas para que *enterrasse o passado*, ele ainda estava vivo, porém congelado

(Winnicott, 1954f). Idéias, sensações, sentimentos precisavam ser verbalizados, examinados e compreendidos para serem esquecidos.

O processo regressivo, já iniciado na gestação, parecia transcorrer de forma natural, preparando o caminho para a *preocupação materna primária*, mas a ameaça de perda do marido, o principal suporte de Gérbera na época, parece ter dado início a um desequilíbrio da regressão fisiológica da gestação, aprofundando-a um pouco mais. Dos momentos finais do trabalho de parto até o primeiro mês pós-parto, Gérbera experimentara agonias primitivas que, por intoleráveis, a conduziram à desintegração psíquica como forma de preservação do *self*.

Em meio a alucinações, idéias delirantes e alguns sintomas obsessivos, pudemos reconhecer o desamparo de Gérbera e sua conseqüente necessidade de reassguramento, ela precisava ser vista, ouvida, cuidada. Quando os sintomas psicóticos se tornaram claros para sua família, ela foi levada ao encontro de um psiquiatra, vivido com alívio pelo reconhecimento de seu sofrimento. Ao sair de casa para o hospital, Gérbera “escutara” a voz de seu obstetra, vinda de uma poltrona vazia, solidarizando-se com sua dor, ela só “via” carros brancos e pessoas trajadas de branco por todo o caminho, que se movimentavam lentamente, transmitindo-lhe uma *sensação de paz*; Gérbera interpretava falas que escutava da televisão como referências à sua história pessoal e se impressionava muito com isso; preocupava-se em manter uma chave, que pendia da porta do banheiro, balançando, toda vez que o movimento se interrompia, ela o restabelecia e desse modo não se sentia só; colecionava papéis e nomes de pessoas importantes, guardando-os como um tesouro, para momentos de necessidade; Gérbera sentia muito frio, *tudo parecia gelado em volta*.

A regressão ganhava força: ela temia olhar para o rosto das pessoas, *poderia ver uma bruxa* e se recorda de ter visto sua mãe levantando à

noite para atender seu filho, que chorava, com o cabelo desarranjado__ fato que, num *flash*, a levou à imagem da bruxa da infância; não conseguia mais amarrar os sapatos, *é como se eu tivesse esquecido, não sabia o que fazer com aqueles cordões*, nem tomar banho ou lavar os cabelos sem a ajuda de sua mãe; Gérbera reconhecia as pessoas através de cores (associadas ao vestuário delas) ou pelos sons de seus passos ou de suas vozes, sentia muito medo de ficar só.

Surpreendente, também fora, a consciência de Gérbera a respeito do processo desintegrador do *self*, tentando avisar os familiares que *estava enlouquecendo*, circulando nomes em sua agenda, para se lembrar de chamá-los e ser capaz de reconhecer com quem poderia contar. Seu pensamento *corria, às vezes eu não podia acompanhar, só podia ver, como no vídeo, quando você passa as imagens bem rápido*, ela sabia que estava perdendo a si mesma. De outro lado, Gérbera parecia ver na regressão sua única saída, pois ao ser levada ao hospital, por seus pais e seu marido, imaginava que lhes seria projetado um filme sobre toda a sua vida e, assim, retrocedendo no tempo, eles poderiam *entendê-la*.

A regressão pode ter funções contrastantes e que necessitam diferenciação, por parte do terapeuta, como assinala Safra (1995) em relação ao processo transferencial: uma delas assume o caráter de resgate, onde se busca um objeto que aceite o retorno a formas arcaicas de funcionamento, para a retomada do desenvolvimento, outrora interrompido; já a outra forma está mais associada à compulsão à repetição e, contrariamente à anterior, visa a paralisação do desenvolvimento, como defesa. No caso de Gérbera, essas duas formas aparecem ilustradas, pois a regressão parecia ser tanto temida (ansiedade frente à percepção da loucura) quanto desejada (retorno ao passado, assistido pelos pais e pelo marido). Agora, Gérbera buscava um companheiro de viagem, que aceitasse o retorno a seus momentos de desintegração e a auxiliasse na identificação

dos pedaços de memória preservados para posterior reconstituição e integração. Sua impressão, naqueles dias, era de que o tempo havia passado muito rapidamente: quando a chamavam, com o intuito de conseguir uma aproximação sua do bebê, ela se esquivava, temendo o *estrago, era como se tivesse passado muitos anos, eu tinha medo do que podia ter acontecido com ele, naquele tempo todo de separação, tinha medo de olhar e ver um monstro!* Gérbera temia não ser capaz de reparar e restaurar os vínculos com seu *eu* e com a realidade, ainda não podia confrontar-se com sentimentos de culpa.

Mas foi a partir de um fato da realidade de seu filho, que Gérbera pôde retomar a si e a maternidade, a um só tempo, estabelecendo a partir daí um estilo próprio de ser mãe. Antúrio precisou se submeter a uma cirurgia de urgência, situação em que Gérbera ganhou espaço, acompanhando o filho nas consultas, na internação e em sua recuperação, obteve a colaboração e a confiança dos médicos, que parecem ter funcionado como substitutos da figura masculina ausente (seu marido já se encontrava no Exterior). No retorno à casa da sogra, Gérbera percebeu que todos a viam como *incapaz* ou como *doente* e estando mais fortalecida, pôde recusar o vínculo de dependência que se havia estabelecido entre ela e a sogra e, voltou para a casa de sua mãe, onde deu início aos preparativos para a viagem à França, obtendo autorização do psiquiatra para interrupção da medicação e para o retorno à vida adulta.

Gérbera parece ter encontrado em sua sogra a mãe da etapa da *dependência absoluta* de que necessitava e uma vez tendo sido satisfeita, foi capaz de dar continuidade a seu desenvolvimento emocional rumo à independência. A passagem para a casa da mãe, que mais frustradora a impulsionava para frente, foi possível a partir da experiência de ser cuidada pelas duas mães (mãe e sogra) e do quadro emergencial apresentado por seu filho, cuja necessidade foi capaz de mobilizar em Gérbera a capacidade materna adormecida.

Gérbera fez uso da estada na França para restabelecer seu vínculo com o marido em bases mais independentes, apresentou-lhe seu filho e construiu uma vida familiar prazerosa. Essa experiência, revolucionária, vivida no passado e revivida, por tantas vezes, no encontro terapêutico restabeleceu o sentimento de confiabilidade de Gérbera, que pôde dar à luz uma segunda vez e viver a maternidade de forma saudável.

Sonho de Terapeuta

“Sonhei que estava na USP aguardando uma gestante. Surpreendo-me pensando que ela comparecera aos atendimentos até o último dia. De repente, o parto se inicia durante nosso encontro. Eu a auxílio e vejo a cabecinha do bebê começar a surgir. Percebo-me, então, providenciando os cuidados médicos necessários, chamando o hospital universitário. O que mais me impressionou, neste sonho, foi o clima de tranquilidade em que eu e a parturiente estávamos”.

CAPÍTULO 5 - A PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA E O PSICOTERAPEUTA

“... o segredo carrega uma esperança de que um dia a pessoa vai ser capaz de emergir para fora dele, ser achada e encontrada e assim tornar-se uma pessoa inteira, compartilhando vida com outras” (Kahn, 1983, p.105).

“As pessoas vêm para a psicanálise _ ou escolhem alguém para ter uma conversa _ quando acham que não podem mais manter um segredo”. (Phillips, 1997, p. 33).

Segredos e sintomas têm-nos sido trazidos por gestantes, não somente com a função de ocultamento mas, principalmente, como mensagem de esperança de que algo seja resgatado para recolocar em marcha o desenvolvimento da *preocupação materna primária* saudável. Uma parcela da privacidade foi escolhida, por essas mulheres, para ser comunicada a alguém, na esperança de que fossem ouvidas, vistas, respeitadas, enfim acolhidas.

Gardênia busca suporte para sua impotência materna, Gérbera usa o espaço terapêutico como a lanterna de quem procura um tesouro escondido na escuridão de uma caverna, Amarílis encontra um espelho que reflete seu desamparo e solidão. Acácia, Violeta e Margarida temem o apelo regressivo da *preocupação materna primária* e Rosa procura uma mãe que lhe permita crescer e se tornar, também ela, uma mulher. Já, Prímula precisa da devoção da terapeuta para estancar o “sangramento” da

rejeição de sua mãe; enquanto Orquídea, Hortência e Dália questionam a própria potência materna, que se organiza sobre um pano de fundo de preocupações narcisistas. Outras como Tulipa, Azaléia e Bromélia, assustadas, retornam para seus esconderijos, ou porque não foram compreendidas pela terapeuta ou porque passaram a temer tal conhecimento. É cedo demais para que Begônia se desprenda da mãe real, refugia-se na casa materna e corta os contatos com o mundo externo, reclamando a exclusividade a que um bebê tem direito. Camélia procura a aceitação de suas limitações e impossibilidades para que possa emergir como alguém, diferente dos que a cercam, mas alguém...

Muitas chegaram e continuam chegando e, nesse momento, algumas questões despertam nossa atenção, mais do que outras: o que essas mulheres buscam? O que temem? Qual é o segredo que transborda no momento em que se vêem grávidas? Que peculiaridades da pessoa do psicoterapeuta concorrem para que o vínculo terapêutico aconteça e que algo de valioso se produza? Que espaços ocupam a técnica e o *eu* do psicoterapeuta? Enfim, o que pode acontecer no encontro entre dois que aguardam um terceiro?

Aqui, parto em busca de Frésia, para que me ajude a responder a algumas das questões a que me propus. Frésia, uma jovem de 21 anos, ainda sofre com a depressão que se instalou durante sua primeira gravidez, há dois anos atrás, cujo início é associado à morte da avó materna. Sua sensação é de nunca haver se recuperado dessa perda, tornando-se uma pessoa *triste, fechada e irritada*, mantendo pobre relacionamento social, extrema dependência do estímulo de seu marido e dificuldades em fruir do relacionamento com sua filha. Grávida, há sete meses, de seu segundo filho está preocupada com a prescrição médica para uso de antidepressivos. Rejeita essa alternativa, que a impossibilitaria de amamentar seu bebê, já que esta é sua única boa lembrança do período que sucedeu o nascimento

da filha. Busca um objeto (Safra, 1995; Winnicott, 1969c) para compartilhar seus segredos mais íntimos,

... isto eu nunca tive coragem de contar pra ninguém

que a soterravam até a asfixia do *eu*. *Contar* parece ter tido o efeito de libertação, pois ao ser vista à luz de todos os abandonos sofridos durante a vida, Frésia é trazida de volta ao presente, e como quem vê o mundo pela primeira vez, comemora o ressurgimento do *self* verdadeiro (Winnicott, 1960c):

Meu marido disse que eu renasci, estou me dando muito bem com a minha sogra, hoje foi ela que ficou com a minha filha, tenho conversado com minhas vizinhas e voltou a vontade de sair e passear. Penso em voltar a estudar e estou brincando com a minha filha... Sou outra pessoa!

Os segredos de Frésia a mim revelados, mais do que prisão de palavras, encerravam *partes de self* em seu interior que, suspensas no tempo, aguardavam a revelação. Frésia descobriu que só poderia *enterrar* o passado, se ele estivesse morto. E para que pudesse proceder ao luto, diferentemente da forma negada sugerida pelos seus, necessitava companhia (*holding*). Frésia encontrava no marido seu maior apoio para as horas difíceis, mas:

Ele sempre me ajudou, conversava, queria me levar pra passear, dizia pra eu esquecer o passado, chorava comigo, mas é diferente da conversa que a gente tem... (referindo-se ao encontro terapêutico).

Como um botão fechado, Frésia guardava toda a potencialidade para desabrochar, mas necessitava de alguns cuidados, como porções equilibradas de água, luz e nutrientes para prosseguir. A dosagem

precisa ser **sentida** pelo terapeuta que, como todo bom jardineiro, vai proceder à sua tarefa com *toda a paciência, a tolerância e a confiança de uma mãe devotada a seu bebê...* (Winnicott, 1947, p. 353).

Ainda utilizando a metáfora do jardineiro, se este se identifica **demais** com a flor, tem sua capacidade analítica perdida, pois ao se tornar ele mesmo outra flor, incapacita-se como “cuidador” de seu jardim. Se, de outro lado, se afasta muito do universo daqueles de quem cuida, não tem elementos para “imaginar” o quê, quando e quanto sua flor precisa e passará de jardineiro a reprodutor de uma técnica. Sua técnica é fundamental, mas tem de ser tecida no interior de sua pessoa e conservar a flexibilidade e a vulnerabilidade necessárias (Winnicott, 1960d), para que cada flor encontre, mais ou menos exatamente, aquilo de que necessita. Dessa forma, ele não estará ameaçando suas plantas com intervenções desnecessárias ou, conforme a flor, até mesmo prejudiciais (Winnicott, 1968b) e nem com a privação.

Assim como o jardineiro, o terapeuta deveria ser capaz de adequar sua técnica à necessidade daquele paciente (Winnicott, 1961; Summers, 1999), há plantas que necessitam de muita água enquanto outras morrem, se encharcadas. As interpretações feitas a um paciente, ainda que corretas, devem ser dosadas quanto à forma e ao momento em que são apresentadas e, para isso o terapeuta precisa ser capaz de aceitar sua ignorância (Phillips, 1997) e tolerar infinitos períodos de não-saber:

...neste trabalho eu normalmente não faço interpretações, mas eu espero até que a característica essencial da comunicação da criança tenha sido revelada. Então eu converso sobre a característica essencial, mas o que é importante não é a minha conversa tanto quanto o é o fato da criança ter alcançado algo (Winnicott, 1970).

Aqui, o risco de se cair em um dentre dois extremos é grande: podemos nos apegar, defensivamente, a uma postura de neutralidade, acreditando que nosso *self* precisa ser deixado do lado de fora do encontro terapêutico, imaginando estarmos conseguindo a distância necessária para a compreensão de nosso paciente. Ou ainda, cômicos de que participamos da relação terapêutica, mais do que até desejaríamos, nos atrapalhemos com nosso próprio *self*, deixando que ele ocupe espaço em demasia.

O terapeuta, como a boa mãe, pode apenas **oferecer** interpretações (Doin, 1995), espaço, tempo, atenção, gestos, paciência, tolerância e atitudes que poderão ser usadas ou não pelo paciente, que conta com a humildade do terapeuta tanto quanto com sua autenticidade (Rodman, 1999; Safra, 1999a).

O vínculo que Frésia havia estabelecido, entre os abandonos sofridos e sua própria capacidade de amar, precisava ser desfeito, mas para isso era necessário que se pensasse o passado, uma vez mais, e que se vivesse o presente sem a ameaça de abandono. O reconhecimento e a aceitação de seu sofrimento, como parte de sua história, parecem ter produzido a integração necessária para que pudesse amar, sem medo e resgatar o prazer de estar **viva**. Enfim, o passado pôde ser esquecido, ao ser lembrado. Da existência morna e desvitalizada, porque **falsa**, emerge a espontaneidade de Frésia, derivada de sua verdade essencial, que se escondia em seus segredos.

A profundidade em que terapeuta e paciente se envolvem nesses encontros está determinada de um lado, pela flexibilidade do terapeuta e de outro, pelo processo regressivo observado na gestante. Assim, enquanto a sensibilidade da gestante se mostra exacerbada, o terapeuta precisa se conservar vulnerável, a ponto de identificar as necessidades da paciente sem, contudo, perder sua capacidade analítica.

A inconstância, a maleabilidade e a fragilidade, observadas nesses atendimentos, atestam a amplitude de vivências psíquicas que, ora se caracterizam por seu primitivismo, ora se mostram bastante sofisticadas. Aqui, o *holding* oferecido à gestante torna-se a ferramenta básica para que todo um campo de experimentação se instaure e a gestante ouse expressar-se. Para isso é necessário que uma situação de confiança mútua tenha se estabelecido, como a observada na dupla mãe-bebê, onde não só o bebê “espera” que sua mãe o satisfaça, como também a mãe acredita na capacidade de seu bebê para o desenvolvimento saudável.

A mãe, assim como o terapeuta, está lá para ser usada, cada qual com suas características pessoais, que podem facilitar ou não a aproximação daquele bebê em questão, trazendo uma maior ou menor disposição interna de adequar-se às necessidades do outro. Não se trata de submissão de qualquer uma das partes, a preservação do que é essencial à mãe e ao bebê precisa ser mantida, para que a troca seja gratificante e, portanto buscada.

Detalhes inauguram o caminho da confiabilidade: para um bebê que dorme, já há algum tempo na mesma posição, a satisfação é produzida quando sua mãe muda a posição de seu corpinho; assim como a gestante que encontra a cadeira mais confortável à sua disposição, de forma a aliviar os desconfortos físicos gerados pelas transformações da gravidez. No caso de Prímula pudemos observar como a terapeuta era usada, como extensão de seus próprios movimentos, diante da difícil tarefa de preparar um *setting* adequado à situação de amamentação de Narciso. Cartas foram escolhidas por Rosa, como meio de satisfação de necessidades, quando impossibilitada do contato pessoal e, surpreendentemente, se mostraram como sua forma mais autêntica de expressão. Telefonemas superaram abismos construídos por agonias primitivas, colocando pontes entre terapeuta e paciente. Visitas foram feitas, quando pareciam importantes

para o desenrolar da *preocupação materna*, oferecendo à terapeuta a oportunidade singular da intimidade compartilhada:

Dália solicitou a “visita terapêutica”, como passamos a chamar essa modalidade de atendimento, quando Crisântemo completava um mês de vida. Ela me recebeu em sua pequena casa, de maneira afetuosa, puxando-me logo em direção ao berço, onde Crisântemo dormia. Depois de meus elogios ao bebê e de seu sorriso orgulhoso, sentamo-nos em um sofazinho perto do berço e começamos a conversar, imediatamente:

D- Sabe o que eu queria saber? Se é normal o bebê gemer, eu imaginava que não faziam nada... Outra coisa que fico cismada é que as pessoas dizem que ele não sorri, que isso é reflexo, pra mim é sorriso, o que você acha, Tania?

T- Pra mim é sorriso, também. E introduzo a palavra “comunicação”.

D- É mesmo, como é que pode, é só olhar e ele mostra pra gente o que tá querendo, não é aquela coisa que dizem, só no começo é difícil, ele chorava e eu não sabia o que ele queria.

Crisântemo desperta, Dália o traz para seu colo e ele “geme” como para demonstrar o que sua mãe acabara de dizer. Enquanto lhe oferece o peito, Dália fala de sua dificuldade para amamentar nos primeiros dias:

Fui percebendo que talvez meu leite não fosse suficiente, porque ele pegava e soltava o bico, se agitava. Aí lembrei das nossas conversas e de uma vez que você falou que eu já sabia tantas coisas! Aí resolvi falar com

todo mundo e descobri que podia complementar com a mamadeira. Depois fiquei com medo de ele largar o peito e conversei com a médica e ela me deu uma mamadeira dos Estados Unidos, que tem o bico bem fechadinho, ele não tava se adaptando com aquele bico tão grande, aí eu dou o peito primeiro e depois quando não dá mais, eu dou a mamadeira. E sabe, Tania, a gente vê tanta criança super saudável e que não tomou uma gota do peito! Não é verdade?

Dália recorda a aversão que sentia quando seus seios eram tocados pelo marido, durante a gravidez e de sua falta de desejo atual, sua médica a informou que essa situação vai se prolongar por cinco ou seis meses e que depois *tudo volta ao normal*. Queixa-se do marido que não a ajudava em casa, no início, não se envolvia com o bebê e parecia ter medo de segurá-lo; agora parece estar mais à vontade como pai. Já, o sugar do bebê só a incomodou nos primeiros dias, quando seus mamilos ainda estavam muito sensíveis.

Quanto à experiência da maternidade mostra satisfação e disposição para encontrar a sua forma de ser mãe:

Minhas irmãs pensam que o certo é o jeito que elas fizeram e que se você não fizer do jeito delas, então está errada!

Do jeito que eu era ninguém acredita como estou em casa, com filho... Eu era muito livre, nunca pensei em ter família ou filho, o Crisântemo foi acidente mesmo. Eu sei que é difícil falar essa palavra, mas é o que aconteceu. E agora se eu tivesse condições eu ia querer ter mais filho.

Minhas palavras “você já sabe tantas coisas” dirigidas a Dália, em um momento em que duvidava de sua futura competência

materna, parecem ter sido investidas do poder de uma **revelação**. Palavras repetidas para si mesma sempre que pressentia a angústia do **não saber**, então substituída pelo **vir a saber**. O **saber** da mãe dos primeiros tempos está profundamente associado ao **fazer** que, por sua vez, define o **ser** mãe, introduzindo aqui mais uma complicação no período pós-parto: como **fazer** sem **saber** e como **ser** sem **fazer**? Parece que Dália descobriu que tudo acontece ao mesmo tempo e teve sua capacidade para confiar, ampliada, o que lhe garantiu experimentar-se e expressar-se no seu cuidar:

Ao final da visita, Dália constatou a forte chuva que caía, oferecera-me seu guarda-chuva. Recusei a oferta, pois não sabia se iria reencontrá-la algum dia. Dália queria me proteger da chuva de alguma forma e não sabia o que fazer, ao que respondi:

— *Se você tiver um saco de lixo estará ótimo!*

Ela, surpresa e hesitante busca o saco plástico. Não satisfeita, insiste em me acompanhar até a portaria, levando Crisântemo no carrinho. Ventava muito no hall de entrada de seu prédio e não havia local protegido para o carrinho do bebê. Percebendo seu rosto preocupado, eu lhe disse:

— *Sobe, Dália, está muito frio aqui em baixo, assim que diminuir um pouco a chuva eu vou embora, não se preocupe, eu me viro...*

Ela aceita e se despede com um beijo e um abraço apertado.

A preocupação materna de Dália foi se avolumando durante a gestação, preparando-a para o período de cuidado do bebê, mais intenso nos primeiros meses. Trouxe também algumas dificuldades como, por exemplo, as discussões com o marido, originadas na exigência de que ele procedesse da mesma forma *preocupada* com o bebê e com ela. Por mais

que tenha conversado com muitas pessoas, Dália sente a necessidade de compartilhar suas vivências com a terapeuta, na situação em que elas acontecem _ em sua casa. Parece buscar o olhar cuidadoso da mãe *preocupada* em zelar pelo bem estar de sua filha, significando com isso obter o reconhecimento de sua própria capacidade ou potência materna. Os momentos finais da visita atestam múltiplos movimentos de *preocupação*, ocorridos no interior da dupla terapeuta-paciente, onde uma se deixa cuidar pela outra, em um processo que tem como base a humildade, decorrente do reconhecimento da dependência e da potência do outro, capacitando a fluidez de uma comunicação autêntica.

Sem que nos déssemos conta, inicialmente, da propriedade das visitas terapêuticas, pudemos observar o quanto estão inseridas no contexto do pós-parto imediato, período em que a jovem família recebe a visita de amigos e familiares, que parecem participar de um rito de reconhecimento, comemoração e homenagem. Nesse momento, a visita do psicólogo é encarada com naturalidade e pode servir a objetivos psicoprofiláticos, tão enfatizados por Bleger (1984) que propõe ao psicólogo clínico que se desprenda do modelo médico, cujo foco é a doença e adote a promoção da saúde como sua busca, a ser empreendida também fora de seu consultório.

Lavanda também pôde nos ensinar a respeito de quão pouco o terapeuta precisa fazer, se ele for capaz de ocupar o lugar de **facilitador**, situação em que acompanhará a gestante ou a jovem mãe em seu percurso natural. Como bem sabemos, o desenvolvimento natural da *preocupação materna primária* poderá ocorrer, sem grandes transtornos, desde que a vida tenha proporcionado a essa mulher toda uma gama de cuidados e experiências ativadores de crescimento físico e psíquico, não deixando de lado o fator constitucional, fundamental para dotá-la dos recursos iniciais

internos para fazer **uso** da realidade, como pura oportunidade de expressão e potencialização do *self*:

Lavanda tem trinta anos, apesar de aparentar bem menos, procura ajuda em seu último mês de gestação, assustada com a proximidade do nascimento de seu bebê, pois se julga incapaz de assumir tal responsabilidade. Lavanda está em São Paulo há apenas cinco meses para acompanhar seu marido, transferido de outra região do país, com o objetivo de instalação de uma filial da empresa em que trabalha. Muita coisa mudou na vida de Lavanda, acostumada a contar com a assessoria de sua mãe para quase tudo. Seu marido sempre se incomodou com tal relação e aproveitou a oportunidade oferecida por seu patrão, imaginando que conseguiria afastá-la da mãe, considerada por ele, uma figura perniciosa na vida da esposa. Lavanda conta que sofrera de asma durante toda a sua infância, vivendo sob a superproteção da mãe, em todos os momentos dos quais se recorda. Seu marido atribui a fragilidade de Lavanda ao excesso de zelo dispensado pela sogra, o que a impediu de desenvolver seus próprios recursos. Afirma, também, que agora que estão sozinhos, estão aptos a formar uma família, transmitindo à Lavanda a sua confiança de que ela amadurecerá e será capaz de cuidar de seu filho.

Lavanda duvida um pouco dessa história, atribuindo tal projeto mais à determinação e perseverança do marido do que a suas próprias capacidades. Teme um desmoronamento, já iniciado quando de sua vinda para São Paulo, pois fora proibida pelo marido de contar com o auxílio de sua mãe, caso esta viesse a São Paulo para conhecer o neto. Seu marido pretende racionar

o contato da avó com o filho e a esposa, para protegê-los da influência “maléfica” da sogra e promover o “desenvolvimento saudável” dos dois.

Hoje, Lavanda sente-se frágil para lidar com as situações da vida e diz ter se dado conta dessa limitação, quando tentara, sem muito empenho, ingressar na faculdade por três anos consecutivos e se percebeu *ficando para trás de todas as amigas, que já estavam resolvidas na vida...* Localiza, aqui, o início de uma depressão com sintomas obsessivos, que vinha sendo tratada, em sua cidade natal, mas que havia se intensificado durante a gravidez. Atribui esse fato à interrupção da medicação, por ocasião da gravidez e à mudança para São Paulo, com o conseqüente distanciamento da mãe.

É esse meu problema de memória, eu faço uma coisa uma porção de vezes e depois esqueço, não sei se fiz, ou se fiz direito e volto pra fazer de novo. Uma vez perdi o ônibus da escola porque voltei pra casa pra verificar se tinha mesmo trancado a porta.

Lavanda procura ajuda porque sente que *precisa* dar conta da maternidade sozinha e *quer* amamentar seu bebê, mas não sabe se suportará ficar sem a medicação. Teve na mãe a proteção excessiva que a salvaguardara da frustração, tão necessária ao crescimento. Encontrara no marido um outro protetor que, ao contrário da mãe, busca expô-la, intensivamente, às dificuldades e frustrações, de forma a *prepará-la* rapidamente para a vida.

Lavanda *gostaria de estar dentro de uma bolha pra que nenhum mal entrasse...* E parece ter buscado tal ambiente a sua vida toda, só não contara com a impossibilidade de proteger-se do mal que vem de

dentro. Todos os seus mecanismos de defesa obsessivos estão falhando e ela precisa, urgentemente, substituí-los. É para isso que conta com a terapeuta.

O “problema de memória” de Lavanda atesta apenas a ausência de confiança, gerada num ambiente asséptico e acromático, levando-a à beira do abismo das agonias primitivas. A terapeuta tenta encontrar um caminho intermediário entre puxá-la (superproteção) ou empurrá-la (frustração excessiva), talvez algo mais parecido com segurá-la (*holding*).

Durante o curto período de férias desse atendimento, o bebê de Lavanda nasceu e mantivemos contato telefônico nas horas mais difíceis (*handling*). Seu marido que atendeu um desses telefonemas me informou que Lavanda entrava em pânico durante o banho do bebê, o que ela confirmara, chorando em desespero. Conversamos bastante. O que mais a torturava era sentir-se tão incompetente diante da eficiência e tranquilidade do marido, enquanto executava as tarefas de cuidados com o bebê. As visitas que recebera confirmavam tal discrepância dizendo que *ele parece ser mais mãe do que eu*. Procurei tranquilizá-la dizendo que **ela** era a mãe de seu bebê e que **ela** estava cuidando dele, inclusive amamentando-o e que o ambiente inicial caótico era vivido pela maioria das mães, não sendo privilégio seu e nem indicativo de falha.

Surpreendeu-me o progresso de Lavanda durante o primeiro mês pós-parto, ao ser **sustentada** desenvolvia-se como mãe. A semente estava ali, precisava apenas ser regada e ser esperada. O broto surgiu com dificuldade e sofrimento. Agora, necessitava algo mais além do

holding, abria-se espaço para a compreensão psicanalítica de seu ódio, suprimido desde o início. O bebê precisa do ódio da mãe para que possa usá-lo (Winnicott, 1969b), integrá-lo (Winnicott, 1947) e expressá-lo num ambiente de aceitação e confiança. Lavanda começava a entrar em contato com seu ódio ao bebê, através dele poderá atingir o ódio da mãe, tão mascarado pela superproteção, que a levará ao ódio à mãe, aliviando-se de sua carga extra de culpa:

Lavanda se queixava do sofrimento que impingia a si mesma, duvidando sempre de suas atitudes e refazendo-as, incontáveis vezes, para garantir que nenhum mal atingisse seu bebê.

L- Será que eu lavei bem o bico do seio?

L- Será que só água não é pouco? Ai comecei a lavar com sabão também.

L- Mas e se eu não tiver retirado todo o sabão? Melhor enxaguar mais uma vez...Imaginou se, de pouquinho em pouquinho, aquele sabão causasse uma úlcera no estomaguinho dele?

T- Como se você o estivesse envenenando aos poucos?

L- É, isso mesmo. Ai, Meu Deus...Sabe, que tem um pediatra aqui no Hospital, não sei se você conhece, mas ele é meio doido, ele disse umas coisas, como o que você tá dizendo...que tem hora que dá vontade de atirar o bebê na parede ou então esganar aquele pescocinho, quando ele não pára de chorar!


Lavanda pensa estar cercada de perfeição por todos os lados e somente ousa exibir o que tanto escondera, quando se sente incondicionalmente aceita:

L- Eu tenho que me controlar porque sou muito esquecida. Por exemplo, lembra quando eu te falei que tem dia que ele quer mamar de cinco em cinco minutos? Pois é, outro dia, quando minha mãe estava em casa me visitando, com o namorado dela, eu estava amamentando, aí Lisianto acabou e ficamos conversando. Eu nem percebi, mas depois de um tempo minha mãe me deu um toque e avisou que meu peito tava pra fora!

T- Nesse momento da sua vida você mais fica com o peito pra fora do que pra dentro!

Rimos as duas.

L- Você imagina se chega o homem do gás e eu atendo a porta com o peito de fora! Eu sou muito esquecida!

T- E o que é que tem se você for uma pessoa sligada, esquecida ou distraída...

Será que Lavanda pretende ser **curada** ou **tratada**, quando se queixa de sua forma de ser? Penso que o terapeuta está ali, à semelhança da mãe preocupada, para **cuidar**, mas de que cuidar estamos falando? Tenho dúvidas de que possa responder, porém, ainda com a imagem da mãe que tem um bebê a seus cuidados, imagino que a paciente não esteja ali para ser transformada ou travestida por seu terapeuta. Antes disso, procura um lugar e um tempo, dados pelo terapeuta, em que possa ser ou existir como si mesma. Safra (1999b) chama nossa atenção para essa impossibilidade, cada vez mais freqüente nos dias de hoje. Se Lavanda puder ser “Lavanda, a esquecida”, sem que seja poupada ou criticada, poderá estar mais à vontade com seu filho e, quem sabe, se livrar dos sintomas obsessivos, que tanto a incomodam. Para que tal integração seja possível, o terapeuta precisa ser capaz de aceitar sua paciente, como a mãe aceita as peculiaridades de seu bebê, acreditando que ele vá se desenvolver. Não se trata de resignação, pois implicaria em paralisação, é mais uma questão de confiança, uma aceitação ativa.

O terapeuta, diferentemente das pessoas que cercam a jovem mãe, precisa ser capaz de lidar com os sentimentos contratransferenciais gerados pelas diferenças e divergências apresentadas por sua paciente, que colocarão em cheque sua forma pessoal de ser mãe ou de cuidar. Como uma boa mãe, ele será mais útil ao facilitar o desenvolvimento do potencial de sua paciente, intrinsecamente capaz disso, e o acompanhará até o momento em que for preciso, retirando-se assim que se tornar desnecessário.

A preocupação materna, ameaçada ou detida em seu curso natural, poderá ser resgatada, desde que algumas condições de cuidado com a mãe se estabeleçam:

Íris, grávida do terceiro filho, buscava um lugar de repouso para refletir sobre seu relacionamento com o marido, pois se sentia cansada e desesperançada. Íris garantia o sustento familiar, já que seu marido não trabalhava, este não tinha vícios, além do costume de bater na esposa, principalmente quando estava grávida ou com um dos filhos no colo. Íris, assustada, recuava e aceitava os golpes, sem oposição. Como pai, seu marido não tinha defeitos, era dedicado e amado pelos filhos. A terceira gravidez, por indesejada, provocara nova discussão do casal, seguida de violência física e de uma inusitada queixa, apresentada por Íris, à delegacia.

—Não sei o que me deu, acho que essa gravidez me deu força e resolvi dar queixa.

Dali em diante, seu marido, indignado com a acusação de Íris, tornara-se frio e distante, levantando suspeitas quanto à sua paternidade. Depois do nascimento do bebê, seu rancoroso marido criticava-a em tudo o que fazia, ordenava-lhe que

amamentasse o bebê quando acabara de o fazer, desaprovava sua forma de lavar a roupa, desdenhava de sua comida e duvidava de seu asseio pessoal.

Humilhada, Íris procura a si mesma, para dar continuidade à sua vida e a de seus filhos. Descobre-se, então, como alguém forte e capaz de planejar seu caminho, sem a companhia do marido, sabendo-se sua principal aliada.

Diante da terapeuta, Íris ganha corpo e mente, não precisa mais se escorar no marido. Reconhecida, ela se re-conhece e se percebe como realmente é e, apesar da dor que tal revelação implica, Íris suporta olhar na direção da luz, quando faz uso do suporte terapêutico.

Suportar, manejar ou manipular, e apresentar são os elementos básicos do cuidar materno, já descritos anteriormente (Winnicott, 1967) assim como do cuidar terapêutico, da forma como foi concebido para este trabalho:

1. **Acolhimento:** o horário reservado a cada gestante ou mãe necessitava uma maior flexibilidade, levando-se em conta as limitações físicas da paciente, assim como o movimento regressivo, característico do final da gestação e do período pós-parto. O espaço físico foi modificado de forma a poder oferecer conforto à mãe, quando esta precisasse acomodar o bebê e sua bolsa. Aceitação autêntica, por parte da terapeuta, implícita tanto nos cuidados apontados acima como na atitude receptiva e respeitosa, parece ter sido fundamental para que angústias primitivas pudessem ser acolhidas. A disponibilidade da terapeuta oferecida para

além dos horários de atendimento foi recebida com entusiasmo e surpresa, sem que com isso se tenham produzido transtornos ou abuso. Esperar me parece uma palavra apropriada para se definir o *holding* que a gestante oferece com sua barriga, a mãe proporciona com seu colo e *psique*, e o terapeuta que aguarda os movimentos de sua paciente, sem substituí-los pelos seus. Acolher é segurar, sustentar e esperar.

2. **Manejo:** aqui entendido como a série de atitudes que excederam a hora e o espaço terapêuticos e que puderam garantir a continuidade do atendimento psicológico, ameaçado por interrupções alheias à vontade da dupla terapeuta-paciente. Consistiram de telefonemas, em resposta à paciente ou por iniciativa da terapeuta; cartas lidas e respondidas, assim como visitas domiciliares. Também parecem ter sido importantes na criação de um ambiente de confiabilidade, os movimentos de auxílio da terapeuta em direção à mãe e seu bebê, estabelecidos como base de uma comunicação silenciosa, subjacente ao contato verbal e enriquecedora desse.
3. **Apresentação:** À paciente podem ser apresentados interpretações, comentários, associações, histórias, interjeições, piadas, sorrisos, olhares, tons de voz, movimentos e posturas corporais, o calor do aperto de mão ou o beijo na face. O que quer que o terapeuta ofereça à sua paciente ele estará, acima de tudo, apresentando a si

mesmo, para ser usado como ferramenta de crescimento, a qual também precisa de cuidados.

O segredo que a paciente pretende que se revele, no espaço terapêutico, escondendo-o de forma protetora, porém guardando-o como vestígio da esperança de ser encontrada, instaura ou restabelece uma comunicação autêntica, isto é, aquela que se aproxima do *self* verdadeiro, porém sem violação (Winnicott, 1963b).

ANEXO – Dicionário das Flores

ANEXO – Dicionário das Flores

Acácia: Tal qual a imensa barriga do último mês de gestação era a ansiedade de Acácia frente à espera pelo momento do parto. Não sabia como se ocupar já que todas as providências e preparativos para a chegada de seu bebê tinham se esgotado precocemente, em função de sua grande ansiedade, e não lhe restasse mais que passear no Shopping todos os dias e tentar esquecer os sonhos horríveis que se produziam durante a noite. Queria muito encontrar com seu bebê e temia pela separação que ocorreria assim que terminassem os quatro meses da licença-maternidade. Apesar da felicidade experimentada com o nascimento de sua filha, Acácia indagava-se sobre o exagero de sua preocupação materna e duvidava de sua capacidade para separar-se da filha. Para evitar tanto sofrimento imaginara que o melhor para as duas seria que a filha permanecesse no Berçário o período todo na escola, já em seu primeiro dia, por um mês antes do final da licença, para que mãe e filha se acostumassem com a nova situação.

Amarílis: Filha de pai italiano e mãe japonesa, Amarílis vive uma solidão sem fim: pai, mãe, tio e avó estão mortos, não lhe restou nenhum parente. Perdera sua mãe quando menina e receia que seu pai ainda esteja vivo e tenha abandonado a ela e a sua mãe no passado, pois nunca o conhecera. Dentre seus vários relacionamentos fugazes, dois deles foram duráveis e marcantes, um homossexual e outro com um rapaz que, hoje, está assumindo a paternidade de seu bebê, ainda que não seja o pai. Mantém uma relação afetiva com o marido e outra erótica com o pai da criança, ambos desconhecem a paternidade biológica e juntos formam, segundo ela,

o homem ideal. Vê na gestação dessa filha a edição reparatória de um aborto provocado anos atrás, sempre quisera ter uma filha, mas não sabe como fornecer uma rotina de cuidados à filha, fundamental a seus olhos, mas que se contrapunha à forma desorganizada e livre como sempre vivera.

Angélica: Filha de Rosa e Cravo, contando dois meses por ocasião da visita terapêutica.

Antúrio: Primeiro filho de Gérbera, estava com quatro anos de idade em nosso primeiro encontro.

Amor-Perfeito: Marido de Amarílis e pai adotivo de Petúnia.

Azaléia: Aos 27 anos Azaléia, grávida de quatro meses, apresentava-se de forma elegante e bem cuidada no vestir, nas unhas esmaltadas e nos cabelos bem cortados e profissionalmente penteados. Desejara muito esse filho, mas a gravidez lhe parecia uma série interminável de limitações às quais tinha dificuldade em se adaptar. Assustara-se com o humor depressivo que dela se apossou até o momento, preocupava-se intensamente com as modificações pelas quais seu corpo passava, não compreendia as alterações de apetite ou os enjoos matinais que a tiravam do rumo que havia planejado. Temia que a maternidade fosse um mar de privações de onde o naufrágio seria sua única saída.

Begônia: Jovem, solteira, está no início do sétimo mês de gestação. Busca atendimento psicológico, aconselhado por sua mãe que está muito preocupada com a intensidade que sua agressividade vem tomando. Begônia mora com a mãe e um primo, cujo pai morreu e cuja mãe tornou-se *bandida* e é com esse primo que briga a maior parte do tempo, sentindo

inclusive impulsos de agredi-lo fisicamente. Irrita-se com as amigas da mãe que a chamam de *folgada*, por não estar trabalhando e permanecer dependente da mãe. Seu pai mora no Rio, desde a separação de seus pais e ela o detesta. Seu namorado, pai do bebê que está esperando, aceita o papel de pai desde que ela se case com ele, mas parece que esta não é a intenção de Begônia: *Prefiro criar meu filho, sozinha, minha mãe não conseguiu isso?* Está magoada com sua mãe, que dá ouvidos às amigas e não a defende do ataque externo, porém sente-se inclinada a seguir o conselho materno acerca do parto natural como a melhor forma de se dar à luz, evitando o sofrimento que a mãe associa ao parto cesáreo.

Bromélia: Descreve-se como alguém que planeja todos os seus passos cuidadosamente e exemplifica com sua fecundação, ocorrida no exato mês calculado para garantir que o bebê nascesse em data próxima ao aniversário de seu marido. Escolhera interromper seu trabalho para se dedicar, exclusivamente, à gravidez, não deixando que nada interferisse com suas emoções e sensações, *nem mesmo minha mãe*. Sente-se feliz em poder escolher a hora de despertar, de descansar, de *passar a mão na barriga, conversar com o bebê* e dar um nome à sua filha, selecionado há muitos anos. *Estou preparada para o desconhecido:* convencera seu médico a pedir-lhe um ultra-som morfológico, ainda que não-indicado, *para saber se tudo estava bem*. Mas confessa que, apesar de todos os seus esforços para aprisionar o futuro, *sempre fica a dúvida...*

Camélia: Em pânico, Camélia busca continência para a alta ansiedade com que vem vivendo sua primeira gravidez aos 35 anos. Apesar de almejada por dez anos, a gestação rompe o equilíbrio conseguido após anos de tratamento psiquiátrico de *Depressão e Pânico* e surge como ameaça a seu bem estar psíquico. Camélia tem vivido sob constante ameaça, na última

consulta médica lhe foi pedido um ultra-som de urgência, pois o médico *não estava conseguindo ouvir o coraçãozinho do bebê*. Dias depois telefona, aflita por haver perdido seu bebê e lamenta não mais poder participar de nosso serviço de atendimento, já que não se encontrava mais grávida. Apesar disso, foi-lhe oferecida a continuidade dos encontros que aconteceram até que ela se sentisse mais fortalecida e apta para refletir, de forma mais amadurecida, sobre a possibilidade de uma segunda gestação. A gravidez lhe parecia um milagre e o aborto uma “irrealidade”, sentido ora como testemunho de sua indisposição para cuidar, ora como prova de sua “maldade” ou ainda como alívio por não exigir tanto de sua feminilidade.

Copo-de-Leite: Namorado de Amarílis e pai biológico de Petúnia.

Cravo: Pai de Angélica e marido de Rosa.

Crisântemo: Bebê de um mês de idade, filho de Dália.

Dália: Livre e independente, Dália que nunca houvera planejado casamento, filhos ou família se viu surpreendida por uma gravidez acidental, aos 30 anos. Ao namorado foi oferecida a opção da liberdade, utilizada por ele para assumir as funções de marido e pai, apesar de sua pouca idade. Em nossos encontros Dália se abria, expondo sua ansiedade em relação aos cuidados do bebê, à alta sensibilidade de seus seios que desencadeavam medo pela amamentação e aversão pela aproximação do marido, ao ambiente da Maternidade que poderia ser hostil (*mulheres sozinhas gritando*), à fantasia de perda do prazer sexual após o parto, ou ainda à sua dificuldade em estabelecer um vínculo de confiança com sua médica e se entregar a seus cuidados. Isto foi possível somente após o resgate da confiança em si mesma, nascido de nossos encontros terapêuticos.

Érica: Bebê de um mês de vida, filha de Acácia.

Frésia: Mãe de uma menina de dois anos e grávida de 7 meses, Frésia está esperançosa com o encaminhamento para atendimento psicológico que recebera no hospital universitário. Rejeitada e abandonada pela mãe, assim que nascera, foi entregue aos cuidados da avó materna, que parece ter substituído sua mãe satisfatoriamente. Não sente nada pela mãe, apenas não entende o motivo do abandono. Do pai guarda a lembrança da despedida no portão, quando tinha dois anos de idade e a sensação de ter sido importante para ele. Adolescente, apaixonou-se perdidamente por um homem bem mais velho, cujo abandono a colocara em um estado de desilusão insustentável, levando-a à internação psiquiátrica. Recuperada, continua tendo na avó seu suporte principal, porém perde-o por ocasião do falecimento dessa, ocorrido em meados de sua primeira gravidez, perda insuportável, vivida na depressão que a acompanhara até o momento em que se vincula à psicóloga do hospital, que a acolhera e a encaminhara para nossos encontros, sem abandoná-la.

Gardênia: Gardênia foi encaminhada pela psicóloga do hospital onde realizava seu pré-natal, no quinto mês de sua sexta gestação, em função de seu histórico de problemas psiquiátricos nos períodos de pós-parto, a fim de que fosse acompanhada em mais esta trajetória rumo à maternidade. Seu lamento pela frieza e distanciamento que caracterizavam sua relação com a mãe foi tomando corpo e espaço em nossos encontros, carecia do reconhecimento materno e de seu amor, reclamava seus direitos de filha, encontrando apenas a dor do ciúme quando presenciava cenas de carinho entre a mãe e suas irmãs. Nesse ambiente desértico, Gardênia se defendia com a reclusão e a hostilidade, pois lhe era muito sofrido viver à margem da família. Agora que é mãe, percebe-se cuidando dos filhos, porém sente

que lhe falta algo fundamental para *ser uma mãe completa*, ela ainda necessita de uma mãe que se encarregue dela.

Gérbera: Grávida pela segunda vez e sobrevivente de um naufrágio psíquico ocorrido dias após o nascimento de seu primeiro filho, Gérbera percebera que as lembranças dessa época incomodavam às pessoas até o ponto de interromperem seu relato, propondo o esquecimento. Agora mais do que nunca ela precisava ser ouvida, mas necessitava da escuta atenta e corajosa, para o resgate de um momento de sua história que se achava fragmentado por lacunas da memória, pelos mecanismos dissociativos e pela ausência de um ambiente que lhe desse o suporte necessário. Gérbera precisava apropriar-se de algumas de suas memórias, na busca do sentido perdido naquela vivência disruptiva e agora reavivada por mais uma gestação, para dar continuidade ao viver integrado e realizador.

Girassol: Aos três anos era o segundo filho de Violeta.

Hortência: Aos 17 anos e novamente aos 27 interrompera sua gravidez, *porque não estava na época*, agora aos 37 anos opta pela maternidade, mas está temerosa frente às novas exigências para as quais duvida estar preparada. Desde que se casou abandonou seu trabalho, em vista da alta ansiedade de que era vítima frente a cada compromisso assumido. Agora, grávida, alarmava-se com a possibilidade de se ver “atada” ao bebê *durante as vinte e quatro horas do dia*, sem descanso e incapacitada de escolha. Doía-lhe pensar na perda da liberdade. Hortência se queixava da pouca atenção dispensada a ela por seus familiares e tinha a impressão de que seu pai não gostava dela, *ele apenas me engole*. Sob tais conteúdos edípicos transparecia seu lamento pela relação de exclusividade pouco experimentada, já que era a penúltima de cinco filhos e o irmão caçula nascera muito doente. Agora isto também

era revivido pela viagem de sua mãe ao exterior acompanhada de sua irmã, impossibilitando-a de compartilhar suas experiências enquanto gestante. Hortência fez uso do espaço terapêutico como garantia de encontro, necessário para contenção de angústias, porém livre da asfixia experimentada, quando compromissos eram agendados na obrigatoriedade.

Íris: Cansada dos maus tratos e desprezo do marido, principalmente quando estava grávida, Íris redescobre sua força, já que consegue apresentar sua primeira queixa de violência doméstica à delegacia, após alguns encontros com a psicóloga do hospital universitário, quando reconhece sua luta depois dos três abortos conseqüentes à inalação de produtos tóxicos no ambiente de trabalho e pelo esforço de sustentar a família financeira e emocionalmente. Aos poucos se revela sua fragilidade e a dependência desse marido que além de agredir cuida dos filhos em sua ausência, garantindo-lhes atenção e carinho. Íris maldiz o dia em que o conheceu durante uma viagem de ônibus, apaixonando-se perdidamente, não conseguindo mais “livrar-se dele”. Tece planos de mudar com seus três filhos para um apartamento, mas tem a sensação de que não conseguirá cuidar dos filhos, sozinha.

Jasmim: É a terceira filha de Violeta, estava com dois meses na época da visita terapêutica.

Lavanda: Poupada pela vida num primeiro momento, Lavanda encontra condições ambientais radicalmente opostas, conseqüentes à gestação acidental, à sua mudança para São Paulo e à união com seu namorado, traduzidas por ela como experiências de privação: sente falta da mãe e de todo o conforto e proteção antigos. Lavanda e seu namorado parecem dividir aspectos do eu: fragilidade, delicadeza e sensibilidade são expressas

por Lavanda enquanto força, determinação e iniciativa são características exclusivas de seu então marido. Dissociados como estão não se apercebem do aspecto expulso e aprisionado no outro, discutem pelas diferenças sem notar que sofrem das mesmas angústias_ enquanto Lavanda se atrapalha com os afazeres domésticos e os cuidados de seu bebê, em meio a suas compulsões, seu marido tapa os ouvidos com as mãos, a fim de evitar o sofrimento que o choro do filho lhe evoca.

Lírio: Aos 50 anos é marido de Prímula e pai de Narciso.

Lisianto: Primeiro filho de Lavanda, tinha um mês por ocasião do primeiro encontro no pós-parto.

Margarida: 27 anos, solteira, nono mês de sua primeira gestação. Preocupa-se com a relação mãe-bebê: acha difícil a situação da mãe de gêmeos que precisa se dividir entre os dois bebês, teme também não conseguir conciliar a maternidade com seu trabalho e, mais ainda, não conseguir sair tão cedo da função exclusivamente materna. É muito ligada à mãe, que a tranquiliza quanto à sensibilidade da mãe às diferentes necessidades dos bebês dizendo: *A gente dá conforme a necessidade de cada um.* Surge então seu desejo pelo filho único como forma de dar conta dos conflitos fraternos vividos com muita intensidade por ela e suas duas irmãs. Surpreende-se com a intensidade de sua sensibilidade neste último mês, que a leva a chorar em prantos por qualquer acontecimento banal e teme não reconhecer a depressão pós-parto.

Narciso: Bebê de um mês de vida, primeiro filho de Prímula e Lírio.

Orquídea: 24 anos, casada, seis meses completos de sua primeira gestação. Uma história real de troca de bebês em sua família, revertida depois de sete anos, deu forma à ansiedade de Orquídea frente ao estranho que é o bebê. Assustada diante da possibilidade de não reconhecer aquele que é um produto desconhecido seu, conforta-se com a escolha da maternidade que lhe oferece os serviços de segurança para que a troca não aconteça. Um bebê que não é reconhecido pela mãe não é um bebê e uma mãe que não reconhece seu filho não é mãe. Presa desse dilema, Orquídea encontra a saída trocando seu médico, deixa o médico autoritário que toma toda a responsabilidade para si e escolhe o médico afetivo que permite a participação mais ativa da mãe. Diz-se assustada diante do incontrolável e não tem como prever o filho que vai ter e nem que mãe vai ser.

Petúnia: É filha biológica de Amarílis e Copo-de-Leite, parece ter sido adotada por Amor-Perfeito como estratégia de reaproximação de Amarílis.

Prímula: Ainda que justificasse a si mesma seu primeiro aborto, sentia-se culpada e temerosa de que os médicos descobrissem a intencionalidade e *judiassem* dela. O segundo aborto, já que espontâneo, a isentava de culpa, mas colocara em evidência a dificuldade de seu marido em ampará-la em situações de angústia. Na gestação atual percebeu-se mais calma, pois normalmente é muito *nervosa e mandona*, embora se assuste com o quadro da depressão pós-parto e com o processo do parto normal (dilatação do colo uterino e expulsão do feto), apesar de haver acompanhado e auxiliado tantos partos de animais na fazenda, sem jamais haver ficado *impressionada*. Prímula teme as marcas da maternidade, tanto as deixadas por sua mãe como as que antevê nas profundas transformações de sua vida.

Rosa: Sofrera dois abortos espontâneos e agora comemora o sucesso desta gestação, apesar de apresentar placenta baixa e temores acerca do tamanho do feto. Rosa pertence a uma família, cujas mulheres tendem a dar à luz filhos muito grandes, tendo sido sempre indicada a cesariana. Rosa respira aliviada quando seu médico lhe garante tal processo de parto, motivado pela inserção baixa da placenta. Outro traço familiar marcante é o fato das mulheres assumirem total responsabilidade sobre a prole, atestando a incapacidade dos homens para a função de provisão, o que os coloca em uma posição de menos valia. Sem que se dê conta, Rosa repete o padrão familiar com Cravo e, embora o perceba a posteriori e deseje sua modificação, é interrompida bruscamente por transformações inusitadas e imprevistas em seu marido, durante o último mês da gestação. Rosa tenta resgatar a complementaridade masculino-feminino, através do relacionamento conjugal e dos encontros terapêuticos.

Tulipa: Ainda que jovem e bonita, Tulipa tem feições endurecidas e quase não sorri. É filha única assim como seu namorado, este mora cinco dias da semana com Tulipa e dois dias com a própria mãe que, segundo ela, é seu único problema: *ela não me aceita porque sou negra*. O namorado ainda não teve coragem de contar para a mãe sobre a gravidez de Tulipa, mas pretende mudar definitivamente para sua casa, assim que o bebê nascer. Tulipa costuma manter as pessoas a meia distância para evitar conflitos e confrontos, prefere morar só a conviver com a mãe que mora com um namorado ou ainda acolhendo o pai apenas nesse período que antecede o nascimento de seu filho. Tulipa admira a mãe por sua força de trabalho e por havê-la criado sozinha, enquanto critica a passividade do pai que apesar de trabalhador, perde seu dinheiro no jogo. Nutre esperanças de que a convivência diária com o namorado não será difícil embora o considere *bagunceiro e folgado*. Planejou amamentar seu filho por seis meses e entrou em

acordo com sua mãe e a madrinha do futuro bebê para que cuidem dele nos finais de semana, enquanto acompanha o namorado nas apresentações de seu grupo de pagode. Seus planos e esquemas são fixos e duros como sua voz e seu olhar.

Violeta: Violeta vivia, nessa terceira gravidez, um estreitamento em seus vínculos com sua família de origem, procurava ajudar a todos que se aproximassem dela com alguma necessidade, fazendo perdurar essa situação de dependência mais tempo do que o necessário, escravizando-se a si e ao outro. As desavenças conjugais que se seguiram foram conseqüências naturais desse processo. Apesar da satisfação que sentia ocupando o lugar da provedora de todos não conseguira oferecer o seio para sua filha de modo a alimentá-la de seu próprio corpo, pelo contrário, recuava diante de tal possibilidade, temendo o bebê faminto, necessitado de uma mãe que se encarregue dele, sem medo de sua voracidade, tornando-se ela mesma um bebê ansioso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAM, J. *The Language of Winnicott*. Northvale, Jason Aronson, 1997.
- AEROSMITH. *Armageddon*. [CD]. s.l., Sony Music, 1998.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. ____ (1999a) O uso do objeto “teoria”: desconstrução e mudança de representações sociais de estudantes de psicologia sobre o doente mental. *Interações*, v. 4, n° 7, 1999.
- ____ (1999b) Sonhos de nascimento e preocupação materna primária. *Psychê*, v. 3, n° 4, 1999.
- BERGERET, J. (1974). *A Personalidade Normal e Patológica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- BLEGER, J. (1984). *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- CRAMER, B; PALACIO-ESPASA, F. *Técnicas Psicoterápicas Mãe-Bebê*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- DOIN, C. Interpretação Transicional. In: MELLO FILHO, J.; SILVA, A.L.M.L., eds. *Winnicott 24 Anos Depois*. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
- DOLTO, F. (1967). *No Jogo do Desejo*. Lisboa, Relógio D’Água, 1993.
- DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. *Poesia e Prosa*. Rio de Janeiro, Nova Aguilar, 1992.
- FERNANDES, M.A. *Fantasias Inconscientes de Primigestas através do Procedimento de Desenhos-Estórias*. Campinas, 1988. 302p. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- FREUD, S. (1914). Introduccion al Narcisismo. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981. v. 2.
- GRIMM. J. *Os Contos de Grimm*. São Paulo, Ed. Paulinas, 1989.
- KAHN, M. MASUD R. *Hidden Selves: Between Theory and Practice in Psychoanalysis*. New York, International Universities Press, 1983.

- KLEIN, M. ____ (1932) Os Efeitos das Primeiras Situações de Angústia sobre o Desenvolvimento Sexual da Menina. In: *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro, Imago, 1997.
- ____ (1946) Notas sobre alguns Mecanismos Esquizóides. In: *Inveja e Gratidão e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- ____ (1948) Sobre a Teoria da Ansiedade e da Culpa. In: *Inveja e Gratidão e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro, Imago, 1991.
- KURY, M.G. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. Rio de Janeiro, Zahar, 1992.
- LANGER, M. (1978). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- LITTLE, M. *Psychotic Anxieties and Containment*. London, Jason Aronson, 1990.
- LONGMAN. *Dictionary of Contemporary English*. Harlow, Longman, 1995.
- PHILLIPS, A. *Terrors and Experts*. Cambridge, Harvard University, 1997.
- RODMAN, R. *O Verdadeiro Self do Analista*. [Apresentado à Sociedade Psicanalítica e Instituto de Los Angeles, 1999].
- SAFRA, G. (1993) O Uso de Material Clínico na Pesquisa Psicanalítica. In: *Investigação e Psicanálise*. Campinas, Papirus, 1993.
- ____ (1995) *Momentos Mutativos em Psicanálise*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.
- ____ (1999^a) *Criatividade e Espontaneidade do Terapeuta*. [Apresentado no Encontro intitulado “O Viver Criativo com o Olhar de D. W. Winnicott” do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1999].
- ____ (1999^b) *A Face Estética do Self: teoria e clínica*. São Paulo, Unimarco, 1999.
- SILVA, M. E. L. Pensar em Psicanálise. In: *Investigação e Psicanálise*. Campinas, Papirus, 1993.

SOIFER, R. (1977). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

SUMMERS, F. Psychoanalytic Boundaries and Transitional Space. *Psychoanalytic Psychology*, v. 16, n. 1, p. 3-20, 1999.

TSU, T.M.J.A. *Análise de Sonhos de Gestantes: um Estudo sobre Regressão*. São Paulo, 1980. 157p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da USP.

WINNICOTT, D.W. (1945 a) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

_____(1945b) What about Father? In: *The Child, the Family and the Outside World*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1997.

_____(1947) O Ódio na Contratransferência. In: *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

_____(1949a) A Mãe Dedicada Comum. In: *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

_____(1949b) A Mente e sua Relação com o Psique-Soma. In: *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

_____(1949c) The World in Small Doses. In: *The Child, the Family and the Outside World*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1997.

_____(1949d) Close-up of Mother Feeding Baby. In: *The Child, the Family and the Outside World*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1997.

_____(1952) Psicose e Cuidados Maternos. In: *Textos Seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

_____(1954a) Localização da Psique no Corpo. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.

_____(1954b) Estabelecimento da Relação com a Realidade Externa. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.

_____(1954c) Estágios Pré-Primitivos. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.

- _____(1954d) A Experiência do Nascimento. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.
- _____(1954e) Caos. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.
- _____(1954f) Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão dentro do Setting Psicanalítico. In: *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.
- _____(1956) Preocupação Materna Primária. In: *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.
- _____(1957) The Mother's Contribution to Society. In: *Home is Where we Start From*. New York, W.W. Norton, 1986.
- _____(década de 60) Nota sobre o Relacionamento Mãe-Feto. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____(1960a) O Relacionamento Inicial entre uma Mãe e seu Bebê. In: *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo, Martins Fontes, 1997.
- _____(1960b) Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- _____(1960c) Distorção do Ego em termos de Falso e Verdadeiro Self. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- _____(1960d) Contratransferência. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- _____(1961) Varieties of Psychotherapy. In: *Home is Where we Start From*. New York, W.W. Norton, 1986.
- _____(1963a) O Medo do Colapso. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____(1963b) Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

- _____(1964) Breast feeding. In: *The Child, the Family and the Outside World*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1997.
- _____(1965) Uma Nova Luz sobre o Pensar Infantil. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____(1967a) O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____(1967b) The Concept of a Healthy Individual. In: *Home is Where we Start From*. New York, W.W. Norton, 1986.
- _____(1968a) A Comunicação entre o Bebê e a Mãe e entre a Mãe e o Bebê: Convergências e Divergências. In: *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- _____(1968b) A Interpretação na Psicanálise. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____(1969a) A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____(1969b) Desenvolvimento do Tema do Inconsciente da Mãe, tal como Descoberto na Prática Psicanalítica. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____(1969c) O Uso de um Objeto e Relacionamento através de Identificações. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- _____(1970) *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. New York, Basic Books, 1971.