

INFERTILIDADE, REPRODUÇÃO ASSISTIDA E FILIAÇÃO SIMBÓLICA: UMA ESCUTA PSICANALÍTICA.

Maria do Carmo Vieira da Cunha

RESUMO:

A autora apresenta a observação clínica de alguns casais que receberam o diagnóstico de infertilidade e submeteram-se aos diversos tratamentos propostos, inclusive a reprodução assistida. É feito um paralelo com a dissociação proposta por Freud entre sexualidade, genitalidade e reprodução simbólica. Segundo a autora, alguns estudiosos contemporâneos como Sergé, Rivière, Birman, Khel, Bydlowski e Winnicott, trouxeram contribuições significativas à compreensão do processo simbólico que, do seu ponto de vista, permeia todo o processo da reprodução assistida. Dificuldades com a feminilidade, maternidade, paternidade e com a relação com os profissionais envolvidos, quer sejam subjetivas ou tecnológicas, foram observadas em todas as etapas: do diagnóstico ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: infertilidade, reprodução assistida, relação médico-paciente, filiação simbólica.

ABSTRACT:

The author presents the clinical observation of a number of couples who were diagnosed as infertile and underwent the various treatments proposed for the condition, including assisted reproduction. A parallel is made with the dissociation proposed by Freud between sexuality, genitality and symbolic reproduction. According to the author certain contemporary scholars such as Sergé, Rivière, Birman, Khel, Bydlowski and Winnicott have made significant contributions to an understanding of the symbolic process, which from their point of view pervades all aspects of the assisted reproduction process. Difficulties, whether subjective or technical, with femininity, motherhood, fatherhood and the relationship with the professionals involved were observed at every stage from diagnosis to treatment.

KEYWORDS: infertility, assisted reproduction, doctor-patient relationship, symbolic affiliation.

A reprodução assistida constitui uma demanda cuja natureza é conflitiva. Estes conflitos surgem de maneira sintomática na prática clínica, sobretudo nas mulheres. Apresentam-se muitas vezes para os casais sob forma de perguntas novas e difíceis de serem respondidas. “Já fiz três inseminações se não engravidar na 4ª será por castigo de Deus?” “Fiz uma inseminação com doador para agradar a minha mulher, agora que ela está grávida queria não ter feito, será que vou me sentir pai?” Os embriões congelados têm alma?” “Eles já são bebês?” “Como vou lidar com a angústia, se tiver que fazer a “escolha de Sofia”, quando vários embriões forem transplantados, numa gravidez múltipla?”. Aqui nos propomos a pensar na reprodução assistida como uma reafirmação, na contemporaneidade, da ruptura definitiva entre sexualidade e reprodução biológica, na reprodução simbólica, ou seja refletir sobre a filiação.

Para Freud, a sexualidade, enquanto pulsão, visa o prazer, o gozo e a filiação. A reprodução biológica, consequência do ato sexual, não seria entretanto o único objetivo da sexualidade. Com Freud, a pulsão desvia do instintivo, do comportamental para se inscrever, juntamente com seus representantes, na fantasia. Ao desvincular os conceitos de sexualidade e reprodução biológica, inscrevendo a sexualidade no campo do desejo, Freud, levantou a questão da reprodução simbólica, enfatizando a relação parental na constituição do sujeito, marcando a importância da filiação. O sujeito não se constituiria sem o outro, necessitando do seu investimento libidinal para constituir sua vida pulsional.

Hoje a reprodução assistida vem desvincular, de fato, a reprodução biológica da vida sexual, mas a filiação simbólica precisa continuar permeando todo o processo.

Recentemente, revistas do mundo inteiro publicaram o caso da menina Jaycee, conhecida como “órfã de ninguém”. Gestada por uma mãe de aluguel, com óvulos e sêmen de doadores, não se sabia quem eram seus pais genéticos. Os pais adotivos, ou seja, aqueles que a “encomendaram”, divorciaram-se um mês antes do seu nascimento. O “pai adotivo” passou a não aceitá-la como filha, justificando que discordava do processo em que ocorreu sua concepção, negando-se a reconhecê-la legalmente. O casal já havia, durante seis anos, se submetido a diversos tratamentos para poder gerar filhos próprios, sem obter êxito.

Como a criança não possuía nenhum vínculo genético com o casal nem com a mãe de aluguel, e seus pais biológicos, eram apenas os doadores, ela não podia se inscrever na cadeia parental simbólica nem real. Um tribunal da Califórnia a declarou “criança sem pais”. Depois de uma batalha judicial que se arrastou por quatro anos, movida pela mãe que a “encomendou”, a Suprema Corte dos EUA decidiu obrigar o marido a assumir legalmente o papel de pai. O juiz da Suprema Corte faz a inscrição na cadeia geracional.

Este caso propagado pela mídia nos deixa perplexa quando pensamos que as funções simbólicas são fundamentais para que possamos compreender as demandas de filiação de cada indivíduo, que estão inevitavelmente relacionadas com sua história subjetiva. Essas questões ficam mais evidentes quando percorremos a trilha da clínica psicanalítica.

Ao acompanharmos alguns pacientes que se submeteram a um programa de reprodução assistida, observamos que os programas, ou melhor, os profissionais, estão preparados para atender a demanda biológica de filhos, mas ainda não se sentem intrigados, familiarizados e menos ainda comprometidos com as questões da reprodução simbólica, da filiação.

Uma dessas pacientes foi Júlia. Podemos dizer que ela nos procurou para encontrarmos a trilha de sua condição de filiação, embora nos dissesse que estava ali porque uma amiga lhe indicara uma psicoterapia. Não conseguia entender como uma terapia lhe poderia ajudar, pois, segundo dizia, não tinha nenhum problema. Sua família era perfeita, achava-se bem sucedida profissionalmente, sentia-se muito bem no seu corpo, “que era lindo e sensual”. Talvez tivesse sim, um problema, porque no momento não conseguia mais desejar o marido como antes. Como poderia desejar um marido que apesar de bem sucedido profissionalmente, a deixava impaciente com seus medos e manias de doenças. Após algumas sessões, Júlia consegue revelar que apesar de ter um corpo lindo e sensual, sente-se “defeituosa”, “limitada”. Não tinha mais uma trompa e talvez por isso não pudesse engravidar novamente. Revelava a sua história pouco a pouco, com muito receio de estar causando “má impressão” sobre sua família, (seus pais). Achava que eles viviam muito isolados e distantes; que seu pai era pouco afetivo e sua mãe, apesar de afetiva, “absorvente e dominadora, querendo todos sob suas asas”. Segundo Júlia, sua mãe era ainda uma mulher bela, atraente, e jovial, apesar da idade avançada. Era também bem sucedida profissionalmente e intelectualmente, mas apesar disso tudo se queixava muito, como se vivesse numa miséria

financeira e afetiva. O pai havia sido um comerciante de renome, mas na adolescência de Júlia foi acometido por uma doença incapacitante.

Júlia parecia nos afirmar como a sociedade contemporânea vem produzindo novas subjetividades, voltadas para o imediato, o corpo perfeito, corpo que vejo e manejo de acordo com as demandas sociais, o corpo que vem se delineando como nova forma de existir. Precisaríamos reafirmar a unidade do sujeito, sujeito com corpo e mente. Não dividindo o sujeito, não excluindo o seu corpo, abriríamos possibilidade de entrar em contato com essas novas construções subjetivas, que inscrevem o desejo e seus sofrimentos psíquicos no corpo.

Há seis anos, Júlia, havia engravidado naturalmente. Logo após, ao dar à luz a um filho, apresentou um tumor benigno na trompa esquerda, que foi removida cirurgicamente. Desde então passou a sentir-se 'defeituosa' e 'limitada', repetindo freqüentemente "eu tenho um defeito, me sinto menos mulher". Os médicos lhe diziam que não poderia mais engravidar naturalmente devido ao grande risco de uma gravidez tubária. O tratamento mais indicado para ela seria a fertilização. Para Júlia, o discurso dos profissionais confirmava e sedimentava sua sensação de ser uma mulher defeituosa e limitada. Não se sentia completamente mãe, apesar de ter um filho; não se sentia completamente mulher, apesar de saber-se bela e desejada. Sentia-se compelida a provar sua fecundidade e sua feminilidade.

Realizou duas tentativas frustradas de fertilização in vitro. Em cada uma dessas ocasiões ficou bastante deprimida, sentindo que o insucesso era a reafirmação da sua incapacidade.

Estava em análise há um ano e meio quando decidiu realizar a terceira tentativa. Dessa vez, a grande quantidade de óvulos produzidos chamou atenção dos médicos, que chegaram a sondá-la para doá-los ao banco de embriões. Dos oito embriões gerados, três foram transferidos para o seu útero. Quinze dias após, sua gravidez foi confirmada. Júlia ficou alegre e ao mesmo tempo apreensiva; o tratamento estava dando certo, mas duvidava se seria capaz de sustentá-los. Uma semana mais tarde, ela perde seus embriões, não parecia estar deprimida. Algo se processara de forma diferente. Desta vez, por ter produzido uma grande quantidade de óvulos, parecia que sentia ter recuperado um pouco sua condição de fecundidade, amenizando seu sentimento de improdutividade. Apesar de ter desistido temporariamente de realizar nova transferência de embriões, decorridos cinco meses, Júlia e os que lhe cercam, são surpreendidos com uma nova gravidez.

Com essa gravidez, talvez Júlia pudesse começar a percorrer a trilha da sua filiação. Os enigmas da feminilidade e da maternidade estavam postos.

Os enigmas envolvidos no caso de Júlia nos levaram a revisitar alguns autores psicanalíticos que escreveram sobre a feminilidade e a maternidade. Nessa retomada reencontramos Freud, Serge André, Joan Rivière e alguns autores atuais como Joel Birman, Marie-Magdeleine Chatel, Maria Rita Kehl, Monique Bydlowski, Winnicott.

Perguntamo-nos como Júlia seria vista através da concepção freudiana da feminilidade. Freud comenta, em “Feminilidade”, (1933/ 1969) que a psicanálise não tenta descrever o que é uma mulher, pois, essa seria uma tarefa difícil de chegar a bom termo, mas, empenha-se em indagar como é que uma mulher se forma, como é que se desenvolve desde criança dotada de

disposição bissexual. Quando Freud faz reflexões sobre a relação da menina com sua mãe, na fase pré-edípica, observa que a mãe é o primeiro objeto de amor da menina, em uma relação rica e intensa; e que o pai é, nesse momento, um rival incômodo. A natureza das relações libidinais da menina para com a mãe nessa fase pré-edípica, é ambivalente e tanto pode ser carinhosa como hostil ou agressiva.

Para Freud era difícil definir uma formulação dos desejos iniciais. O afastamento da menina em relação à mãe ocorreria quando começasse a estabelecer a vinculação com o pai, e viria acompanhado de muito ódio e temor. Ódio, que poderia perdurar pela vida afora, por uma mãe que não lhe nutriu o suficiente, que lhe foi infiel ao gerar um novo bebê, que não lhe deu um pênis e desse modo colocou-a no mundo em desvantagem.

Freud segue em suas reflexões e comenta que o fato da menina reconhecer que lhe falta o pênis, não implica que ela se resigne com facilidade. Continuará por muitos anos alimentando o desejo de possuir algo semelhante e pode sublimar esse desejo tendo uma profissão intelectual ou transferir para o pai o desejo de um pênis-bebê, iniciando assim sua entrada no Édipo. Ter um bebê obtido do seu pai é o objetivo do mais intenso desejo feminino. Se o bebê é um menino, trás consigo o pênis tão desejado. A ênfase do desejo é colocada no bebê, ficando o pai em segundo plano. O antigo desejo de posse de um pênis estaria visível na feminilidade alcançada desse modo.

Ao superar a atividade fálica, prepara-se o caminho para a feminilidade. Se no decurso desse desenvolvimento não se perdem demasiados elementos, através do recalque, essa feminilidade pode vir a ser normal. A condição feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de

um bebê, isto é, se o bebê assume o lugar do pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica.

Poderíamos nos indagar se Júlia estaria presa de tal forma a um ideal fálico, que não conseguia sublimar esta condição e angústia por ela gerada. E se, como consequência, delegava aos seus médicos a sua maternidade. Por que razão ela parece não ter conseguido investir no seu primeiro filho homem como substituto do pênis?. A Júlia contemporânea decifraria seus enigmas através dessa construção teórica?

André, S. (1986) destaca que, antes de Freud publicar *A sexualidade Feminina e a Feminilidade*, Joan Rivière escreve, em 1929, “A Feminilidade como Mascarada”, onde tece alguns comentários sobre a feminilidade: “as mulheres que aspiram a uma certa masculinidade podem se revestir da máscara da feminilidade para afastar a angústia e evitar a vingança que temem da parte do homem”.

As nossas reflexões são sustentadas pela observação clínica, como no caso de Júlia, que, apesar de desenvolver bem suas tarefas domésticas em um casamento estável e ser uma profissional de sucesso, apresentava um sintoma sempre que precisava falar em público, fato constante na sua profissão. Na noite em que fazia sua conferência, vivia uma intensa angústia diante da possibilidade de ter cometido um erro. Para se livrar dessa angústia, ao sair da conferência logo se dirigia aos homens, intelectuais substitutos da figura paterna, não em busca de um reconhecimento profissional, mas sim para receber demonstrações de desejo sexual. Júlia revestia-se da máscara da feminilidade porque ao aspirar à masculinidade temia a vingança dos homens. Durante a análise da paciente, percebe sua identificação paterna, como

também sua rivalidade, explicando dessa forma a sua dupla atitude. Ou seja, supondo que em suas conferências exibisse o falo roubado do pai, e temendo a sua vingança, oferecia-se sexualmente aos substitutos paternos, assegurando assim sua própria impunidade. Colocando a máscara da feminilidade, desvia a afirmação de sua masculinidade. O que está em questão não é se a feminilidade é verdadeira ou tão somente disfarce para dissimular a masculinidade (posição fálica), mas, sim, o uso que se faz da feminilidade: a defesa contra angústia, angústia de se ver portadora de um atributo fálico, temendo, portanto, a vingança dos homens e, mais ainda, a das mulheres, que seria carregada de rivalidade e de ódio. Camuflando seus atributos fálicos, usando a máscara da feminilidade como um escudo, estaria protegida da vingança do pai e do ódio da mãe, obtendo, assim, o reconhecimento materno.

Ao escutarmos Júlia através da construção teórica de Rivière, poderíamos perguntar se a paciente usaria sua feminilidade como uma máscara para “esconder seus atributos fálicos”. Veríamos uma Júlia perdida e confusa. Por um lado exaltando seus atributos físicos, usando roupas sensuais (expressão de sua feminilidade) e falando da sua beleza e do desejo sexual que mobilizava nos homens, além das suas qualidades de dona de casa. Por outro lado, era comerciante de sucesso, substituindo o pai no gerenciamento das lojas. Entretanto, apesar de suas qualidades profissionais e de sua boa administração (atributo fálico?), não conseguia retirar um salário, justificando que era preciso reinvestir, nas lojas. Assim, continuava sendo sustentada pelo marido. Queria ser reconhecida profissionalmente, mas não podia obter a prova desse reconhecimento. Júlia, tão competente profissionalmente, fazia-se assim reconhecer possuindo o falo paterno, para logo a seguir restituí-lo não

recebendo o merecido salário. Não podia reconhecer sua maternidade, pois tinha um filho, mas, falava como se ele não existisse. Para se proteger da vingança parental, preservava seu sentimento de improdutividade e de limitação. Estariam decifrados os enigmas de Júlia através desta construção teórica?

Como vimos Freud constrói, em 1931/32, a feminilidade com referencial fálico: de um lado os castrados, de outro, os não castrados. A mulher estaria fadada a ser submissa, castrada, só saindo dessa condição no momento que tivesse um filho-homem, substituto do falo. Diz-nos, ainda que a feminilidade seria a fonte de uma experiência psíquica marcada pelo horror.

Ao trabalhar essas considerações de Freud, Birman (1999, p. 10) leva-nos a outra trilha para percorrermos os enigmas de Júlia. Propõe “que percorrer o universo da feminilidade implica aventura, antes de tudo, já que supõe uma viagem pelo imprevisível e no limite do indizível”. Segue mostrando que a feminilidade corresponde a um registro que se opõe ao do falo na tradição psicanalítica, sendo seu contraponto. E que vai colocar em questão o autocentramento da subjetividade baseado no referencial fálico, narcísico, levando a uma experiência de perdas de contornos e de certezas.

Birman (1999, p. 11) reaviva a importância dessa questão, ao lembrar que para Freud a experiência de horror poderia ser vivida por homens e mulheres, e que a oposição entre masculino e o feminino, entre os homens e mulheres, seria constituída em torno da figura do falo. Ter ou não ter o falo e os seus atributos, seria essa a questão que dividiria o mundo dos sexos e dos gêneros. Ser ou não ser o falo implicaria a dimensão narcísica originária da tal diferença sexual. E quando o sujeito se constitui pelo referencial fálico, revela-

se, por esse viés tanto a miséria quanto o estreitamento da condição humana. Essa construção estaria a serviço da camuflagem da fragilidade e do desamparo do sujeito. A reconstrução dessa mediação fálica levaria o sujeito a ter que se defrontar com o imponderável e o indizível, na medida em que ele não pode dominar inteiramente o curso das coisas, do mundo e do outro pela arrogância do eu.

Estaria Júlia perdida nesse referencial para camuflar sua fragilidade e seus limites? Essas questões me fazem lembrar um outro momento dela.

Júlia relatava, bastante excitada, que havia realizado a ultra-sonografia para confirmar sua gravidez. Enquanto submetia-se ao exame, bastante ansiosa, escutava atentamente o diálogo dos dois profissionais que acompanhavam seu caso havia algum tempo. Ao constatarem que de fato ela estava grávida e que tudo corria bem, ela escutou, bastante surpreendida, a seguinte frase: “o nosso tratamento foi um sucesso!” Surpresa, refletiu silenciosamente sobre como é que o tratamento deles havia dado certo, se naquele momento não estava fazendo nenhum tratamento!? Algumas sessões após ter relatado sua estranheza com o diálogo que ouvira, no qual sua gravidez era atribuída a um tratamento que não estava realizando, seu discurso foi sendo sutilmente modificado. A gravidez teria sido, de fato, conseqüente ao tratamento; o sucesso não era dela e do marido, mas, somente dos médicos, os quais foram transformados por ela em sujeitos onipotente e totalizantes.

Nesse momento passei a me indagar o que teria levado Júlia a transferir para os médicos o mérito de sua gravidez, ocorrida naturalmente. Lembro-me que, na ocasião em que fazia a segunda tentativa de fertilização in vitro, falava

freqüentemente de como era difícil aceitar se submeter ao tratamento, pois esse fato como que reafirmava sua limitação. Desconsiderava com freqüência sua primeira gravidez, como se ela não tivesse ocorrido naturalmente. Sua ambivalência para viver a maternidade e feminilidade era evidente. Associando-se às suas dificuldades, os profissionais pareciam também recalcitrantes em aceitar que todo seu arsenal tecnológico havia sido substituído com sucesso por uma simples relação sexual. Pareciam também não aceitar sua limitação.

Todas essas questões me recordaram uma outra paciente, Ana, que também havia se submetido a duas tentativas de fertilização in vitro sem sucesso. Tomando conhecimento da existência de um especialista de fora do país que tivera êxito com o método em mulheres na menopausa, resolveu procurá-lo. Ana, como Júlia, não era estéril. Tinha, segundo ela própria denominava, uma baixa fertilidade. Buscava como das outras vezes o melhor médico, o melhor centro, mas sempre distante da sua cidade, com o argumento de que lá não havia nenhuma clínica suficientemente desenvolvida, nenhum profissional capaz de ajudá-la. Quando estava pronta para viajar, começou a sentir uma grande angústia: caso ficasse grávida: quem “assumiria” sua gravidez? Ela não questionava quem cuidaria da sua gestação, quem seria o seu médico assistente, mas sim quem “assumiria” o mérito e a responsabilidade pela gravidez, quando retornasse. Como se não tivessem ela e o marido entrado com o óvulo e o espermatozóide para gerar o feto.

Ambas Júlia e Ana, não conseguiam assumir o próprio sucesso. Também não suportavam o fracasso. Nem o delas nem o dos profissionais que as assistiram. Para elas o fracasso dos médicos, apesar de todo o arsenal

terapêutico, representaria uma incompletude difícil de aceitar. Os médicos por sua vez também não podiam assumir o próprio fracasso, pois sua incompletude viria à tona. Para os envolvidos, nesse momento, uma gravidez ocorrida sem a intervenção médica era inconcebível.

A tecnologia, a condição de “fabricar bebês”, pode colocar os profissionais no pedestal do mito, da completude, num lugar sem faltas e sem fendas. Isso dificultaria uma percepção para além dos sintomas, uma compreensão subjetiva dos sintomas de suas clientes inférteis. E surge logo a solução mágica do: “eu faço seu bebê”. Como se dissessem “não posso escutar sua infertilidade, porque ela pode me fazer pensar nas minhas incompletudes”.

Os profissionais da área são preparados para lidar com o arsenal tecnológico, não com a incompletude do ser, com suas demandas subjetivas e suas fendas. Chatel (1993/1995, p. 84) raciocina que “essas demandas de filhos testemunham umas transferências dirigidas ao médico, que é a competência socialmente legitimada: aquele de quem se espera um saber sobre o mistério do corpo e da vida, aquele em quem se tem fé e cuja palavra tem imensa eficácia, quer seja justa ou não”. Mais adiante Chatel (1993/1995, p. 91) acrescenta que “as demandas recebidas pelo ginecologista concernem às questões sobre o enigma da feminilidade, sobre o tornar-se mãe; ora, ele age como se tratasse ali de uma doença somática e, portanto real, quando a mulher sabe bem que não existe doença, nem sofrimento a priori”. E que ao dar uma resposta sob a forma de receita, antes de formular a questão, vai abafar uma possível fala, propondo uma solução mágica, mesmo sendo

científica, porque é aí que a ciência entra a serviço do mito, para tamponar o campo do desejo.

Por que se torna tão difícil e até insuportável abordar a feminilidade da mulher, principalmente, quando está relacionada com maternidade, especialmente por aqueles que se ocupam disso? Muitos profissionais tentam sufocar essa questão, para eles fonte de horror.

A tecnologia passa a ser usada como um atributo fálico: “consigo gerar bebês em meu laboratório, estou acima daqueles pais incompletos que me procuram, tenho o que eles não têm”, é assim que parecem pensar os médicos. E parece ser nesse momento, em que esquecem que os pais fazem parte dessa criação com seus óvulos e espermatozóides, que se tornam deuses. E ao tornarem-se deuses vão se distanciando da sua condição humana e de seus pacientes. Júlia, ao engravidar naturalmente, mostrava-lhes que a tecnologia havia falhado como atributo fálico. Ambos, Julia e seu médico–deus, não suportaram lidar com a limitação.

Júlia não conseguiu lidar com os seus limites, como também com seu sucesso, delegando este último aos médicos. Em *Inibição, Sintoma e Ansiedade*, Freud (1926/1969 vol. XX) faz uma referência importante sobre o assunto. Segundo ele, sentir-se amado pelo “ser superior” representa no inconsciente a proteção contra todas as ameaças. A perda do amor ou a separação do ser protetor corresponde ao maior dos perigos, o de ser abandonado à própria sorte num desamparo sem esperança. Júlia não suportava seu sucesso quando engravidou naturalmente, tinha que, sutilmente, transferi-lo para o “ser superior”. Dessa forma não perdia o seu amor e proteção.

Uma outra paciente, Fábيا, trazendo o discurso de seu marido, Paulo, para as sessões, comentava que com frequência ele exibia os exames que avaliavam a sua fertilidade. Alardeava o resultado, dizia que seus milhões de espermatozóides estavam acima da média. Mas um outro discurso que ela trazia como sendo do marido chamava a atenção, como sabia que o médico de Fábيا era apaixonado por motos, dizia sempre que caso o doutor engravidasse Fábيا, ele, Paulo, lhe daria uma moto. Mesmo com tantos milhões de espermatozóides, quem parecia ter as insígnias fálicas era mais um médico transformado em deus. Fábيا não conseguia engravidar, sempre que se submetia ao tratamento entrava num ciclo de angústia e culpas intensas, como se estivesse traindo o marido. E cada vez mais se sentia incapaz e inferior a todas as mulheres por não conseguir engravidar naturalmente, apesar de não ter nenhum problema que justificasse a impossibilidade. Caso eles conseguissem engravidá-la, seria confirmada sua inferioridade, como também, a superioridade deles.

Antes mesmo de decifrarmos os enigmas de Júlia já acrescentamos os de Ana e Fábيا e de seus médicos transformados em deuses. Vamos então retornar à Júlia, com quem iniciamos essa teia.

Júlia precisava pagar as sessões que havia faltado e comenta então o fato com o marido. “Ele disse que era um absurdo, mas expliquei que meu tratamento era importante, porque a senhora teria me ajudado engravidar”. Nesse momento, observo: “não sabia que eu tinha um pênis!” Ela ri e responde: “meu marido disse a mesma coisa”. Júlia, por um lado, reconhece a sua dívida, mas, através do discurso do marido nega essa dívida e transfere sua condição de estar grávida para a terapeuta. Mostra-se ambivalente no

reconhecimento da sua dívida. Ao enfatizar a questão da dívida simbólica, Freud descartou a exigência da reprodução biológica para definir a sexualidade, transformando a demanda em reprodução simbólica. O reconhecimento da dívida simbólica é fundamental na constituição do sujeito. Para se constituir na sua singularidade o sujeito contrai uma dívida com o outro que lhe possibilitou a existência. Sem o outro, o sujeito não existe e, portanto, não constitui sua filiação. Mais uma vez seu sucesso é transferido: a gravidez seria da responsabilidade da terapeuta, que Júlia ora reconhece como sujeito que colabora na busca da sua filiação, ao pagar sua dívida, ora transforma em deusa ao dizer que quem é responsável por sua gravidez não são mais os médicos e sim a terapeuta.

Nesse ponto demo-nos conta de que, para avançarmos no caminhar com Júlia, tínhamos que fazer uma parada na questão da filiação feminina.

Kehl (1998, p. 14; 303-304) nos faz avançar mais um pouco quando aborda as questões das identificações femininas. Segundo ela, para que a mulher possa constituir sua própria narrativa, seu estilo pessoal, ela precisa se identificar com a mãe ou sua substituta, para saber “o que é ser uma mulher”. Essa mulher é a mesma da qual ela precisa se manter separada, diferenciada, para ir completando a travessia edípica, inscrevendo-se sob a lei paterna. Com isso é impossível que a menina mantenha sua “identificação feminina”. Para ser uma mulher ela terá que ser como a mãe e ao mesmo tempo tentar ser uma outra, descolada da mãe que, no inconsciente, será sempre absoluta e mortífera. Além de responder “o que é ser uma mulher”, a menina terá que responder outra questão: “que mulher sou eu”, construindo um movimento de se descolar da mãe contando com o falo simbólico do pai. Para Júlia responder

que mulher ela é, precisará soltar-se das malhas e da armadilha que pareciam estar diante de sua impossibilidade de identificar-se com a mãe. A mãe que Júlia descrevia era uma mãe “absorvente”, que mantinha todos “sob suas asas”, uma mulher sem fraqueza ou falha. Queixava-se freqüentemente do marido, “que não servia para nada”. Seus filhos também “não prestavam”. Para reconhecer sua maternidade e feminilidade, Júlia teria que se reconhecer idêntica à mãe. Para Freud a maternidade estava ao lado do ter - do ter um bebê sucedâneo do falo - mas além do ter, a filiação também estaria ao lado do ser. Júlia teria que ser como sua mãe, sem falhas, e que mesmo com idade mais avançada ainda se mantinha poderosa. Diante da impossibilidade de se fazer representar, não assumia sua maternidade.

Bydlowski (1992) no seu texto *Les Infertiles*, inspira-se na clínica da adolescente feminina e da reprodução, mostrando que além da imagem da mãe poderosa do período edípico - período de crise e de investimento na conquista de uma identidade feminina - é preciso um reencontro com uma outra imagem materna, a da mãe dos primeiros cuidados, da ternura e da fragilidade. A mãe edípica é para a filha um modelo ao mesmo tempo invejado e odiado. É a mãe que ela vê manobrando e possuindo sexualmente o pai, é a que pode gerar. Para a autora essa situação vai durar até o momento da primeira procriação, que é quando a adolescente faz o balanço nas identificações e reencontra a outra imagem maternal, aquela dos primeiros cuidados e da ternura. A mãe edípica toda poderosa, que não mostra suas falhas e fraquezas, não tem necessidade que a filha torne-se mãe para lhe dar uma criança que ela não pode mais ter.

Bydlowski (1992) parece dizer-nos que Júlia, talvez, precisasse se curvar a essa mãe edípica, poderosa, invejada e odiada para reencontrar e se identificar com uma representação maternal de origem, memória da fase pré-edipiana da ligação terna, da mãe dos primeiros cuidados, fonte de vida. Aceitar sua identificação com essa mãe originária significaria também se identificar com uma imagem frágil, para qual o filho será dado como pagamento pela transmissão da vida. A equação simbólica da criança como realização de um voto fálico é clássica, mas a força da mãe pré-edipiana é geralmente esquecida. É através dessa relação que a maternidade inaugura um reencontro com o objeto perdido.

WINNICOTT (1966/1998, p. 141) vem agora nos acompanhar nesta caminhada para decifrar o enigma da maternidade e da feminilidade.

A mãe suficientemente boa, como diz Winnicott (1953/1971, p. 13-14), não é uma mãe sem falhas. É a mãe que sustenta o processo de ilusão, mas também de desilusão. É a que provê experiências de presença, mas também de ausência. A mãe no começo da relação, através de uma adaptação quase completa, propicia ao bebê a oportunidade para a ilusão de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê. A onipotência é quase um fato da experiência. A tarefa final da mãe consiste em desiludir gradativamente o bebê, mas sem esperança de sucesso, a menos que, a princípio, tenha podido propiciar oportunidades suficientes de ilusão. O autor, em outro texto (1966/1998, p. 133-148), articula seu conceito de mãe suficientemente boa com o elemento feminino puro e a criatividade. “No crescimento do bebê humano, à medida que o ego começa a se organizar, isso que chamo de relação de objeto do elemento feminino puro estabelece o que é talvez a mais

simples de todas as experiências, a experiência de ser”. E mais adiante: “Em contraste, o relacionamento objetal do elemento masculino com o objeto pressupõe a separação. Assim que a organização do ego se acha disponível, o bebê concede ao objeto a qualidade de ser não-eu e separado, e experiência satisfações do id que incluem a raiva relativa à frustração”. Winnicott (1966/1998, p. 140) diz ainda que “Os psicanalistas talvez tenham concedido uma atenção especial a este elemento masculino ou aspecto pulsional do relacionamento objetal, mas, porém, negligenciado a identidade sujeito-objeto para a qual estou chamando aqui a atenção e que se encontra na base da capacidade de ser. O elemento masculino faz, enquanto que o elemento feminino (em homens e mulheres) é”. A mãe proporciona, por via de identificação primária, este elemento puro ao bebê. Deste modo, deixa-o *ser* e ter uma experiência de seu ser, criando. Uma mãe que *faz*, e não que *é*, impede o bebê de sentir-se, desde o início, criador - criador do seio, que na realidade encontrara. Winnicott postula que o *ser* deve ser anterior ao *fazer*. O fracasso dessa anterioridade lógica conduz não à frustração, mas à mutilação do *ser*. Os elementos masculinos e femininos puros coexistem tanto em homens como em mulheres.

Escutando o Winnicott falar poderíamos pensar que quando alguns profissionais só *fazem* (elemento masculino puro) o bebê, negando a contribuição dos pais nessa construção, excluindo o *ser* (elemento feminino) estarão dificultando a instalação do processo de ilusão e de desilusão, que é fundamental em todas as etapas da reprodução assistida, porque também estará ocorrendo uma reprodução simbólica. Do mesmo modo ainda segundo este autor quando, o elemento feminino é ex-cindido desses processos, não

teremos uma criação, mas a instalação gradual de uma competição fálica que poderá levar ao fracasso de qualquer produção. O casal tem o *ser*, que será utilizado pelos profissionais que *fazem*. Para que essa relação possa ser permeada pelo *ser* e o *fazer* será preciso desenvolver um holding, que, segundo Winnicott, dará condições para que se instale um espaço transicional, que permitirá o surgimento de objetos transicionais, os quais possibilitarão que se faça a passagem para um outro lugar onde estarão as chaves para decifrar os enigmas.

Como vimos, o avanço das ciências, com a pretensão de trazer felicidade ao homem, paradoxalmente traz sempre um novo mal estar à cultura. Pensamos poder afirmar com essas reflexões a importância da escuta na relação terapêutica na medida que ela pode ajudar a nos compreender e às nossas circunstâncias na contemporaneidade. Sem dúvida, não encontraremos apenas na tecnologia e nas construções teóricas a chave dos nossos enigmas, mas com a escuta psicanalítica abriremos possibilidades de reestruturação da inscrição simbólica do sujeito na relação transferencial, que será única e singular.

BIBLIOGRAFIA

- André, S. (1986). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor..
- Birman, J. (1999) *Cartografias do Feminino*. São Paulo: Editora 34.
- Bydlowski, M. (1992). Les infertiles. *Les Mères - Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 45, 143-160. Gallimard.
- Chatel, M.M. (1995). *Mal- Estar na Procriação - As Mulheres e a Medicina da Reprodução*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Freud, S. (1930/1969). *O Mal-Estar na Civilização*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XXI. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1931/1969) *Sexualidade Feminina*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XXI. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1933/1969) *Feminilidade*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XXII. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1925/1969). *Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XIX. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1924/1969). *Dissolução do Complexo de Édipo* . Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XIX. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1933 [1932]/1969). *Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XXII. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1915 [1917]/1969). *Luto e Melancolia* . Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1926 [1925]/1969). *Inibição, sintomas e ansiedade*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XX. Rio de Janeiro: Imago
- Kehl, M. R. (1996). *A Mínima Diferença - Masculino e Feminino na Cultura*. Rio de Janeiro: Imago
- _____ (1998). *Deslocamento do Feminino*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1968). *Textos Selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

_____ (1989). *Explorações Psicanalíticas*. Rio Grande do Sul: Editora Artes Médicas Sul Ltda.

_____ *O medo do colapso*. Op. cit.

_____ *A psicologia da loucura: Uma contribuição da psicanálise*. Op. cit.