

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP



Maria Claudia de Oliveira Lordello

O corpo que diz não ao sexo: uma visão psicanalítica do vaginismo

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2024

Maria Claudia de Oliveira Lordello

O corpo que diz não ao sexo: uma visão psicanalítica do vaginismo

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em **Psicologia Clínica**, sob a orientação do Prof. Dr. **Renato Mezan**.

SÃO PAULO

2024

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Data: _____

e-mail: _____

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

L867 Lordello, Maria Cláudia de Oliveira
O corpo que diz não ao sexo: uma visão psicanalítica do
vaginismo. / Maria Cláudia de Oliveira Lordello. -- São
Paulo: [s.n.], 2024.
225p. ; 21 x 29,7 cm.

Orientador: Renato Mezan .
Tese (Doutorado)-- Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia:
Psicologia Clínica.

1. Vaginismo. 2. Histeria. 3. Problemáticas libidinais;
narcísicas; e culturais. 4. Sexualidade. I. Mezan , Renato.
II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa
de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica.
III. Título.

CDD 150

Maria Claudia de Oliveira Lordello

O corpo que diz não ao sexo: uma visão psicanalítica do vaginismo

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em **Psicologia Clínica**, sob a orientação do Prof. Dr. **Renato Mezan**.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Renato Mezan – PUC-SP

Profa. Dra. Paula Regina Peron – PUC-SP

Profa. Dra. Isabel da Silva Kahn Marin – PUC-SP

Profa. Dra. Sônia Thorstensen – CEAF (Centro de Estudos e Assistência à Família)

Profa. Dra. Teresa Raquel Embiruçu de Araújo – Unifesp/Hospital Ipiranga

Para aqueles que me deram a vida!
Para aqueles que me enchem de vida!
Para aqueles que me estimulam o prazer pela vida!
Aos meus pais, meu companheiro, minha filha, pacientes e alunos!
Minha eterna gratidão.

Agradeço à FUNDASP pela bolsa concedida com desconto parcial nas mensalidades durante a realização da tese, sem a qual não seria possível realizar este doutorado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, o Prof. Dr. Renato Mezan, pela troca generosa de conhecimento, não somente nas aulas, mas também nas orientações. Com sua imensa experiência e seu olhar sensível e atento, direcionou-me com maestria nessa pesquisa, oferecendo liberdade e respeito pelo caminho que escolhi trilhar.

Minha gratidão se estende à Pontifícia Universidade Católica da São Paulo – PUC-SP, pela oportunidade de financiamento dos meus estudos por meio da Fundação São Paulo (FUNDASP), pois sem isso não seria possível a realização deste trabalho. Agradeço pela disponibilidade em atuar de forma rápida e pontual diante das condições sanitárias de uma pandemia, a fim de que a continuidade dos estudos fosse garantida.

À Profa. Dra. Paula Peron e à Profa. Dra. Adela Gueller, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação, as quais enriqueceram teoricamente este trabalho. A todos os professores da pós-graduação da PUC-SP, que tive a honrosa oportunidade de participar das aulas.

Meus sinceros agradecimentos àqueles que são a base do que sou atualmente:

Ao meu pai, pelo gosto ao estudo e por seu profissionalismo, pois foi aquele que, tendo trilhado também o caminho acadêmico, sempre disse: “trabalhe com o que gosta, que serás plenamente recompensada”.

À minha mãe, à minha avó e a todas as mulheres fortes e maravilhosas da família, por se reunirem nas tardes de sábado para pintar as unhas, contar histórias, trocar afetos e por me ensinarem o bom de ser mulher!

Ao meu amor e companheiro de vida, Sergio, por todo o carinho durante a trajetória de estudos e pela compreensão nos dias mais cinzentos, mas acima de tudo, por sempre acreditar no meu trabalho e incentivá-lo até o fim.

À minha querida e amada filha, Rafaela, pelas longas e constantes conversas sobre o interesse que temos em comum: a psicologia. E por me preencher com um profundo desejo de ser sempre melhor como pessoa e como mãe.

Também agradeço aos meus queridos colegas da PUC-SP, que mesmo distantes em decorrência da pandemia de Covid-19, fizeram-se presentes nas conversas sobre os prazeres e os dilemas dos trabalhos de cada um de nós. Um especial agradecimento à amiga e apoiadora Anna Silvia Rosal de Rosal, que desde o início foi a maior incentivadora desse desafio.

À minha supervisora, Profa. Dra. Rosana Sigler, com quem dividi meus casos clínicos durante este trabalho e que, com sua sabedoria e conhecimento, retribuiu-me com apoio e incentivo frequentes.

À equipe do Projeto Afrodite – Ambulatório de Sexualidade Feminina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), coordenado pela parceira de trabalho e amiga Carolina Ambrogini, pelo espaço de escuta e acolhimento a tantas mulheres, local este em que adquiri valiosos conhecimentos.

Às minhas queridas amigas de consultório, Nadir, Tânia e Cida, que de longa data fazem parte da minha vida e da minha trajetória profissional.

Às minhas preciosas amigas de vida, Ana Lucia, Ana Paula, Daniela e Gisela, que se tornaram a família que tive o privilégio de escolher e a base sólida dos principais momentos da minha história.

Aos meus alunos, que com suas indagações e constante interesse no aprendizado, ensinaram-me a beleza da docência, ofício com o qual me identifico profundamente.

E, finalmente, às minhas pacientes, que ao longo dos anos me permitiram participar de suas histórias de vida recheadas de dúvidas e medo, mas também de profundidade e sensibilidade, a fim de ajudá-las no encontro com sua sexualidade.

Sinto-me extremamente grata a todos!

[...] gozar com o que sucede, participar com gozo daquilo que penetra, que se intromete - ou seja, a ligação íntima entre passividade e interior [...] sejam quais forem os transbordamentos de atividade previamente exibidos durante o ato sexual, todo mundo é passivo diante do gozo, diante do orgasmo arrebatado, nem que seja por um instante, pela pequena morte.

Jacques André (1996, p. 108).

RESUMO

LORDELLO, M. C. O. **O corpo que diz não ao sexo**: uma visão psicanalítica do vaginismo. 2024. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

Apesar das profundas mudanças sociais ocorridas no último século, o exercício da sexualidade feminina ainda é uma queixa frequente nos consultórios de psicólogos e psicanalistas. Dentre as dificuldades sexuais femininas, o vaginismo é a condição que impede a mulher de realizar a penetração vaginal durante o contato sexual, mesmo havendo a intenção de concretizar o ato. O objetivo da presente pesquisa foi compreender as vicissitudes psíquicas de mulheres da clínica desta pesquisadora que apresentam vaginismo, de modo a buscar a psicogênese e os determinantes inconscientes de tal disfunção, com enfoque teórico-psicanalítico. A histeria foi utilizada como forma de organização psíquica que mais se aproxima das mulheres estudadas. Um olhar mais crítico e contemporâneo acerca da histeria não foi impedimento para um profundo mergulho no universo desta primeira psicopatologia tratada pela psicanálise, que mesmo após um século dos primeiros escritos de Freud, ainda se apresenta tão atual. Como resultado, as vinhetas clínicas analisadas foram divididas em três categorias, as quais foram intituladas como *problemáticas libidinais*, *problemáticas narcísicas* e *problemáticas culturais*.

Palavras-chave: vaginismo; histeria; problemáticas libidinais; problemáticas narcísicas, problemáticas culturais; sexualidade.

ABSTRACT

LORDELLO, M. C. O. **The body that says no to sex: a psychoanalytic view of vaginismus.** 2024. 225 p. Thesis (Doctorate in Clinical Psychology) - Postgraduate Program in Clinical Psychology, Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2024.

Despite the profound social changes that have taken place over the last century, the manifestation of female sexuality remains a common concern in the offices of psychologists and psychoanalysts. Among female sexual difficulties, vaginismus is a condition in which a woman is unable to engage in vaginal penetration during sexual contact, even when she intends to do so. The objective of this research was to comprehend the psychic vicissitudes observed in women diagnosed with vaginismus at the researcher's office. The goal was to explore the psychogenesis and unconscious determinants of this dysfunction using a theoretical-psychoanalytic approach. Hysteria was chosen as the psychic organization most closely associated with the women studied. A critical and contemporary perspective on hysteria did not hinder a profound exploration into the realm of this initial psychopathology addressed by psychoanalysis, which even a century after Freud's first writings, remains relevant. As a result, the clinical vignettes analyzed were categorized into three groups, each titled in relation to their issues: libidinal, narcissistic, and cultural.

Keywords: vaginismus; hysteria; libidinal issues; narcissistic issues; cultural issues; sexuality.

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CEAF	Centro de Estudos e Assistência à Família
CID	Classificação Internacional de Doenças
DGP	Dor Gênito-Pélvica/Penetração
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FUNDASP	Fundação São Paulo
ONU	Organização das Nações Unidas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Sobre o método de pesquisa.....	18
Estrutura do trabalho	22
1 A CIÊNCIA SEXUAL.....	26
1.1 DSM e as disfunções sexuais.....	39
1.2 Classificação das disfunções sexuais no DSM-V.....	41
1.3 Ciclo de resposta sexual humana	43
1.4 Nem <i>Ars Erotica</i>, nem <i>Scientia Sexualis</i>	46
2 O LUGAR DA SEXUALIDADE NA PSICANÁLISE ATUAL	49
3 HISTERIA: UMA HISTÓRIA A SER CONTADA	56
3.1 Dos gregos a Freud	57
3.2 A mulher freudiana: os primeiros casos da psicanálise	68
4 O CORPO SEXUAL NA HISTERIA	79
4.1 Teoria da sexualidade infantil	81
5 PARA ALÉM DE FREUD: INDAGAÇÕES CONTEMPORÂNEAS.....	90
5.1 O ontem e o hoje	93
5.2 Complexo de Édipo: a lógica fálica ainda faz sentido?	96
5.3 Complexo de Édipo: um conceito ampliado.....	106
5.4 Complexo de Édipo precoce – Melanie Klein	112
5.5 A tentativa de uma conclusão	119
6 VINHETAS CLÍNICAS	123
6.1 Cristina – um corpo que fala	125
6.1.1 <i>La Belle Indifférence</i>	127
6.1.2 Recalque e sintoma na histeria	128
6.1.3 A delicada integração do corpo sexual ao psiquismo.....	135
6.1.4 Concluindo o caso Cristina.....	140
6.2 Julia - a angústia de invasão	144
6.2.1 Complexo de perfuração – Marie Bonaparte.....	145
6.2.2 A angústia de invasão que vem do outro – Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche.....	152
6.2.3 Um corpo orificial e o complexo de perfuração	160
6.2.4 Concluindo o caso Júlia.....	164

6.3 Patrícia – o apagamento simbólico da vulva.....	168
6.3.1 Um pouco mais de história: o apagamento cultural da vulva.....	170
6.3.2 As identificações históricas.....	179
6.3.3 A dimensão da intimidade na relação terapêutica	190
6.3.4 Concluindo o caso Patrícia	201
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	206
REFERÊNCIAS	216

INTRODUÇÃO

Desde as primeiras lembranças, quando criança, recordo-me de estar às voltas com meu interesse pela complexidade humana e seus desdobramentos. Via-me encantada pelo indivíduo humano, vivo, estranho, complexo e sexual. Ainda não sabia, mas toda a minha trajetória profissional seguiria nessa direção: psicóloga interessada em psicanálise e em sexualidade humana.

Via na psicanálise as possíveis respostas para as minhas indagações. Mas meu início de carreira, entretanto, encaminhava-se cada vez mais para o que veio a ser denominado como *sexologia*. Com um caráter predominantemente médico, o termo *sexologia* diz respeito à designação dos “modos de conhecimento que atendem ao objetivo de intervenção clínica, ou à prevenção de distúrbios relacionados à sexualidade”¹.

Nasci em 1970 e cursei a universidade na década de 90, época em que no Brasil se consolidava um importante movimento social de revolução dos costumes, que tinha como foco a revolução sexual; assim, movida pela prática sexológica norte-americana, surge no Brasil a *sexologia*, que buscava, a fim de se firmar como ciência, o apoio nas práticas médicas e psicológicas. Mais precisamente, surge a *segunda sexologia*, influenciada pelas mudanças sociais e pela visão de homem do século XX. Segundo apontam Russo *et al.*², alguns nomes, representantes da ciência sexual da época, tinham destaque na mídia ao abordarem o tema da sexualidade. No início dos anos 80, Marta Suplicy tornou-se uma das primeiras mulheres sexólogas a falar na TV sobre temas vinculados à educação sexual, saúde da mulher e sexualidade. Falando sobre orgasmo feminino e empregando a palavra “vagina” em rede nacional, Marta foi alvo de diversas críticas e protestos.

No último ano de graduação, em 1995, fui estagiar em um ambulatório de sexualidade feminina no Hospital Pérola Byington, onde comecei minha trajetória profissional no atendimento a mulheres com dificuldades sexuais. Ficava impactada com a presença de mais de 100 mulheres semanalmente na sala em que realizávamos as aulas iniciais de orientação sexual. Era fascinante pensar na quantidade de mulheres dispostas a quebrar tabus para poderem viver uma experiência sexual mais satisfatória. Depois de alguns anos nessa instituição, dei sequência aos estudos na área com um grupo de colegas interessados no mesmo tema. O momento social era muito propício para o desenvolvimento de tais estudos. A partir de 2008,

¹ RUSSO, Jane; ROHDEN, Fabíola; TORRES, Igor; FARO, Livi. O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 617-636, 2009. p. 618.

² Ibidem.

ingressei no Projeto Afrodite – Ambulatório de Sexualidade Feminina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), projeto este que funciona até os dias atuais. Neste local permaneci até 2018, desenvolvendo diversos trabalhos, todos voltados agora para as mulheres e suas queixas e demandas sexuais.

A *sexologia* marcou firmemente a minha trajetória profissional inicial, pois o sujeito humano é sempre composto pelas influências do meio que o cerca, seja pai, mãe ou o contexto social. Ali estava eu, então, cercada de importantes figuras femininas que inspirariam o meu percurso profissional.

O interesse pela psicanálise, no entanto, sempre foi o pensar mais profundo que me trazia respostas às perguntas mais complexas do ser humano. A *sexologia*, voltada à prática psicológica, envolve uma terapia baseada na psicologia comportamental, que propõe ao indivíduo ou ao casal um treinamento para o aprendizado de práticas sexuais mais prazerosas, cumprindo com os objetivos propostos. Mas estava na psicanálise a possibilidade de investigar e de se chegar à origem mais profunda das dificuldades sexuais. Fui então estudar psicanálise na Associação de Psicoterapia Psicanalítica, criada e coordenada pelo saudoso Ryad Simon, instituição em que aprendi muito sobre a escola inglesa de psicanálise. Em 2015, passei a atuar como professora de graduação em uma universidade particular, ministrando a disciplina de psicanálise. Mas me intrigava o fato de não haver na psicanálise muitas referências a trabalhos focados em pessoas com dificuldades sexuais. Teriam essas dificuldades sido superadas na virada para o século XXI? A tão desejada liberdade sexual teria ajudado as pessoas a serem felizes sexualmente?

De forma errônea, poderíamos imaginar que as dificuldades sexuais não estariam mais presentes na atualidade. Em minhas aulas de psicanálise com jovens adultos, ao abordar o tema, muitas vezes era questionada: “atualmente ainda existe esse tipo de problemática?”. Na verdade, as mudanças sociais e morais conquistadas no último século não trouxeram efetivamente uma melhora significativa para a vida sexual das pessoas.

Segundo Green,

se socialmente houve mudanças consideráveis na moralidade sobre sexo e ainda mais mudanças devido ao progresso biológico que suprimiu muitos dos antigos medos sobre as relações sexuais – além da epidemia de AIDS recentemente descoberta – não se pode dizer que os problemas relacionados à sexualidade em homens e mulheres tenham sido resolvidos. Nossos pacientes ainda se queixam de distúrbios na vida sexual, como impotência mais ou menos completa, frigidez, insatisfação na vida

sexual, conflitos relacionados à bissexualidade ou à fusão e desfusão da sexualidade e agressão, para dizer o mínimo.³

No consultório, ao contrário do que poderíamos supor, homens e mulheres com dificuldades sexuais nunca deixaram de estar presentes, mesmo com todas as mudanças sociais e quebras de tabus ocorridas nos últimos tempos.

Dentre todos os pacientes com dificuldades sexuais por mim atendidos, houve sempre uma curiosidade particular por entender psiquicamente as mulheres que não conseguem manter relações sexuais com penetração vaginal com seus parceiros ou parceiras. Há um sintoma físico bem definido, que aparece como uma forte contração involuntária dos músculos perineais da região genital feminina, impedindo completa ou parcialmente a penetração de algo no canal vaginal. O que estaria por trás desse impedimento? Que dinâmica psíquica seria responsável por esse distanciamento do exercício completo da sexualidade? Quais as angústias e fantasias inconscientes estariam envolvidas no ato de deixar ser penetrada?

Neste sentido, o objetivo da presente pesquisa foi contribuir para o conhecimento mais aprofundado – com base na teoria psicanalítica – das vicissitudes psíquicas de mulheres contemporâneas que apresentam esse tipo de disfunção sexual, o Transtorno de Dor Gênitopélvica/Penetração - DGP⁴, o qual chamarei de vaginismo, buscando compreender a psicogênese e os determinantes inconscientes de tal disfunção. Defendo que o nome atribuído pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) a essa patologia apresenta uma conotação de enfoque médico; portanto, empregarei o termo vaginismo como referência a uma condição que envolve todos os aspectos psíquicos que serão mencionados nesse trabalho.

Diz respeito a mulheres que estabelecem relacionamentos afetivos duradouros, mas que dizem não ao sexo. A mente consciente parece desejar, mas o corpo diz: não! A fim de compreender tal condição, será necessário adentrar na visão psicanalítica, no intuito de compreender o processo de constituição psíquica do feminino e seus entraves de desenvolvimento, que estão na origem dessa dificuldade. É importante ressaltar que, dado que a maioria dos casos atendidos por mim no consultório são de mulheres que se relacionam sexualmente com homens, este trabalho é voltado para as mulheres heterossexuais.

³ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995. p. 218.

⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. 5. ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.

Sobre o método de pesquisa

A pesquisa em psicanálise sempre foi tema de muita discussão. Com parâmetros diferentes das pesquisas em ciências médicas, a psicanálise caminha por outras veredas. Sigmund Freud⁵ afirmou desde o início que ela divide-se em três tarefas, quais sejam: um procedimento para investigação de processos mentais; um método (baseado nessa investigação) para tratamento de distúrbios psíquicos; e um conjunto de informações psicológicas obtidas por meio dessa investigação que formam um conjunto teórico. Portanto, ao mesmo tempo em que tratamos os pacientes, também investigamos e fazemos pesquisa.

Entretanto, desde seus primórdios, não foram poucas as críticas que a psicanálise enfrentou, as quais afirmavam que sua prática não poderia ser considerada uma ciência. Recentemente, ou seja, depois de mais de um século da criação da psicanálise, houve uma grande polêmica em torno de um livro, lançado por uma médica brasileira, que denunciava supostas pseudociências em práticas como astrologia, curas energéticas, dietas da moda, crença em discos voadores, e, dentre elas, a própria psicanálise. Portanto, parece importante neste momento mencionar brevemente as especificidades do objeto de pesquisa das ciências humanas e as diferenças em relação às ciências médicas/da natureza.

Conforme afirma Mezan⁶, existem dois tipos de objetos em que se aplicam as pesquisas: os naturais (aqueles que existem sem que o homem tenha operado sobre eles); e os históricos ou culturais (tudo aquilo que resulta da vida em sociedade e que, portanto, caracteriza a existência humana). Toda ciência, que possui um método de investigação, procura formular leis, a fim de deduzir propriedades que possam ser verificadas e observadas. Contudo, no domínio das ciências humanas, cada objeto de investigação possui singularidade e individualidade própria.

Nas pesquisas que investigam os fenômenos naturais, a exemplo da biologia, física e química, o interesse está em deduzir, por meio de observações e experimentos, propriedades verificáveis ao objeto que produzam resultados objetivos que possam ser classificados e replicados em outras amostras. Mas quando se investiga algo pertencente ao domínio cultural, histórico ou psicológico, próprio das ciências humanas, tais procedimentos não são adequados, haja vista que cada objeto a ser estudado apresenta uma história particular e individualidade

⁵ FREUD, Sigmund. (1923). Dois verbetes de enciclopédia. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 151-168.

⁶ MEZAN, Renato. Que tipo de ciência é, afinal, a psicanálise? *In*: MEZAN, Renato. **O tronco e os ramos**. São Paulo: Blucher, 2019. p. 543-575.

própria. Logo, o estudo de civilizações, sistemas políticos, crenças religiosas, dentre outros, não apresenta o mesmo método de pesquisa das ciências naturais, já que não é possível produzir resultados a serem incluídos em classes ou categorias objetivas já existentes. Nas ciências humanas, é necessário compreender que o objeto a ser estudado é de outra natureza, “o que significa penetrar em seu sentido, revelar sua significação, desvendar o que o torna irreduzivelmente aquilo e não outra coisa”⁷.

Diferentemente das ciências naturais e positivistas, o que se investiga na psicanálise não é algo passível de ser mensurado por meio de estatísticas, gráficos ou escalas quantificáveis. Isso significa afirmar que o objeto de estudo das ciências humanas possui sempre a sua peculiaridade e subjetividade, devendo, portanto, o método de investigação ir além da mera classificação. Na psicanálise também há uma sistematização que deu origem a um conjunto teórico que explica os fenômenos humanos, mas a interpretação e análise dos fenômenos sempre estarão inseridos na subjetividade daquele indivíduo. Tal como menciona ainda Mezan:

é combinando as teorias gerais da psicanálise (inconsciente, conflito psíquico, papel do Édipo, ação das defesas) com as circunstâncias únicas daquela vida (experiências infantis, traumas, fixações evolutivas, intensidade das forças em presença) que se chega a uma reconstrução plausível.⁸

Ou seja, na psicanálise há um conjunto teórico que explica os fenômenos humanos, mas estes estão inseridos na subjetividade daquele indivíduo a partir da transferência que ocorre no contexto da análise⁹. A psicanálise, reconhecida como uma prática relativa às ciências humanas e sociais, que lida com transtornos psíquicos e fenômenos humanos, procura o aprofundamento teórico acerca de situações que emergem da prática profissional, desde que nas pesquisas não sejam revelados dados que possam de algum modo identificar o sujeito/paciente. O conjunto teórico da psicanálise busca explicar ao paciente as hipóteses originárias de seus conflitos, não com o objetivo de modificá-los, mas na esperança apenas de que tal explicação possa efetivamente contribuir para a reflexão e transformação de sua condição de vida.

Um outro questionamento que se faz presente é quando se indaga sobre a qualidade do material escrito resultante das pesquisas em psicanálise, em comparação ao das pesquisas em ciências naturais. Como pontua Rosal¹⁰, a escrita do psicanalista tem um formato peculiar e

⁷ MEZAN, Renato. Que tipo de ciência é, afinal, a psicanálise? In: MEZAN, Renato. **O tronco e os ramos**. São Paulo: Blucher, 2019. p. 543-575. p. 550.

⁸ Ibidem, p. 559.

⁹ Ibidem, p. 550.

¹⁰ ROSAL, Anna Sílvia Rosal. **Refúgio**: um mal-estar contemporâneo. A experiência dos sírios em São Paulo. 2022. 203 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

próprio, que resulta do pensamento clínico envolvido em cada atendimento. Neste sentido, esta forma particular de escrita leva ao distanciamento do formato da pesquisa acadêmica, dando origem ao questionamento acerca do caráter científico da psicanálise. Por outro lado,

a burocracia presente na rigidez do texto acadêmico padrão entra em conflito com a fluidez de pensamento necessária à elaboração de um texto psicanalítico. Seguir à risca o modelo normativo vigente na Universidade pode, além de comprometer a criatividade, limitar a produção à mera reprodução do que já se conhece, o que é observado no excesso de citações em muitos relatórios de pesquisa.¹¹

Trabalhar com atendimentos clínicos em psicanálise implica que estamos sempre fazendo pesquisa. Assim, ao utilizar os recursos técnicos da associação livre do paciente, da atenção flutuante do analista e da transferência que se estabelece entre ambos, estamos constantemente investigando o que se passa com aquele determinado sujeito. Ademais, Naffah Neto e Cintra¹² descrevem dois sentidos diferentes que o termo pesquisa assume no trabalho analítico: a pesquisa-escuta e a pesquisa-investigação.

A primeira modalidade, a pesquisa-escuta, refere-se ao trabalho clínico em que se busca compreender e dar sentido aos processos inconscientes do indivíduo; é a pesquisa clínica por excelência. Apresenta objetivo de investigação, mas de forma passiva, já que busca manter as regras clínicas da psicanálise da atenção flutuante, neutralidade e abstinência. Tal modalidade de pesquisa pode tornar-se a escrita de um caso clínico ou a interpretação psicanalítica de algum fenômeno humano, mas sem problematizar ou teorizar a questão.

A segunda modalidade, a pesquisa-investigação,

implica o desejo do pesquisador e pressupõe esquadramento do campo de conhecimento, formulação e seleção de problemas teórico-metodológicos, bem como a sua investigação rigorosamente planejada, tarefas que, no todo, extrapolam o mero relato da pesquisa-escuta.¹³

A presente pesquisa seguiu a modalidade de uma pesquisa-investigação, ao buscar o estudo psicanalítico dos aspectos psíquicos determinantes em mulheres com dificuldades de penetração vaginal e sua insatisfação quanto ao exercício total da sexualidade. É, portanto, por meio da pesquisa-investigação que se torna possível a revisão, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do campo teórico da psicanálise, ao mesmo tempo em que complementa e dá suporte à prática clínica.

¹¹ ROSAL, Anna Silvia Rosal. **Refúgio**: um mal-estar contemporâneo. A experiência dos sírios em São Paulo. 2022. 203 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022. p. 93.

¹² NAFFAH NETO, Alfredo; CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 33-50, 2012.

¹³ *Ibidem*, p. 42.

Freud¹⁴ afirma que uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem. No entanto, alerta que não seria apropriado trabalhar cientificamente em um caso enquanto o tratamento ainda está em andamento. Isso porque, a seu ver, reunir o material analítico sobre o paciente, escrevê-lo e investigá-lo cientificamente poderá comprometer os resultados da análise, já que os casos mais bem-sucedidos são aqueles que avançam com mais liberdade e sem o intuito científico. É importante destacar que os casos clínicos abordados nesse trabalho já haviam sido encerrados, pois compreende-se que o estudo científico de casos que ainda estão em andamento poderia, de fato, prejudicá-los no tocante ao seu desenvolvimento.

Dessa forma, tal como mencionado, essa pesquisa foi realizada, por meio do método psicanalítico, na modalidade de uma pesquisa-investigação, com material clínico obtido dos atendimentos psicológicos realizados pela autora. Não foram apresentados casos clínicos inteiros, mas sim fragmentos da história e do discurso das pacientes, os quais auxiliaram na articulação teórica que se pretendeu realizar. Ademais, foi também utilizado o recurso da condensação de histórias de algumas pacientes, a fim de retratar aspectos recorrentes na dinâmica psíquica dessas mulheres. Buscou-se, portanto, organizar a apresentação dos casos de forma a apresentarem uma estrutura coerente para a compreensão acerca dos aspectos teóricos desenvolvidos no presente trabalho.

Tal como afirma McDougall¹⁵, as vinhetas ou fragmentos clínicos não são provas científicas nos moldes das ciências médicas, mas servem para ilustrar uma concepção teórica. O progresso e o desenvolvimento teórico, necessários a toda teoria psicológica, são decorrentes da experiência clínica que nos ajuda a reconhecer os conceitos que ainda são pertinentes, bem como a questionar aqueles que precisam ser modificados.

Como forma de salvaguardar a privacidade e a confidencialidade dos casos, foi utilizada a estratégia de disfarçar detalhes da história das pacientes que pudessem, de algum modo, identificá-las. Goldstein¹⁶, ao apresentar as ideias de Gabbard¹⁷, menciona que o disfarce é o

¹⁴ FREUD, Sigmund. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 67-73.

¹⁵ MCDUGALL, Joyce. **As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

¹⁶ GOLDSTEIN, Marcia Schivartche. **A Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa psicanalítica com material clínico de paciente**. 2020. 420 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

¹⁷ GABBARD, Glen. Disguise or consent: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 81, n. 6, p. 1071-1086, 2000.

método mais comum para a apresentação de casos clínicos quando se trata de preservar o anonimato do paciente.

Se o disfarce é utilizado de maneira judiciosa, é possível preservar a integridade científica (embora certo prejuízo seja esperado) e, ao mesmo tempo, proteger a confidencialidade do paciente. Algumas características externas podem ser modificadas, a fim de evitar que leitores possam querer identificar o paciente, enquanto se mantêm intactas as características psicodinâmicas e o processo analítico.¹⁸

O uso de casos compostos também configura uma estratégia de manutenção da confidencialidade¹⁹. Tal como foi realizado neste trabalho, o uso de casos compostos sugere a composição de um novo caso, formado a partir da condensação de diversos pacientes que apresentam um mesmo diagnóstico ou padrão psíquico.

Solicitar o consentimento do paciente para que seu caso seja publicado é um aspecto polêmico no que concerne à atividade de psicoterapeutas e psicanalistas. Não há um consenso entre os profissionais sobre a obrigatoriedade de se pedir tal consentimento, o qual visa ao respeito ético no que se refere às informações confidenciais que os pacientes comunicam a estes profissionais. Isso porque alguns pacientes se sentiriam honrados ao saber da intenção do terapeuta em publicar sua história, ao passo que outros poderiam se sentir humilhados e desrespeitados. Além disso, o paciente precisa ler os escritos para posteriormente dar o seu consentimento, o que pode gerar profundo estranhamento ao se ver descrito como louco ou com características que apontam para uma patologia psíquica.

Assim, entendendo ter tomado todas as providências quanto à preservação do anonimato das pacientes envolvidas nesta pesquisa, por meio do uso de fragmentos clínicos, bem como pelo emprego das estratégias do disfarce e de casos compostos, optei por não fazer uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Estrutura do trabalho

A estrutura do trabalho foi elaborada por meio do método da exposição, em que a sequência de apresentação dos temas parte do geral para o específico. Assim sendo, no capítulo 1, intitulado “A ciência sexual”, iniciarei realizando uma análise histórica acerca da construção do conceito de ciência sexual, que veio a ser chamada de *sexologia*, ao abordar as mudanças

¹⁸ GOLDSTEIN, Marcia Schivartche. **A Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa psicanalítica com material clínico de paciente**. 2020. 420 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020. p. 90.

¹⁹ GABBARD (2000) *apud* GOLDSTEIN (2020).

ocorridas entre a primeira e a segunda *sexologia*. Trabalhar com sexualidade humana e, ao mesmo tempo, gostar de psicanálise, foi um desafio em minha carreira profissional, já que uma linha de trabalho comportamental e organicista dos “sexólogos” figurava intensamente no cenário profissional no momento de minha formação. Neste capítulo abordarei também a classificação das disfunções sexuais e o ciclo de resposta sexual, tal como são mencionados no DSM.

Na sequência, no capítulo 2, denominado “O lugar da sexualidade na psicanálise atual”, será debatido qual o espaço ainda é dado ao conceito de sexualidade no âmbito da psicanálise contemporânea, buscando discutir as razões que levaram o psicanalista André Green²⁰ a se questionar se a psicanálise ainda tem algo a ver com a sexualidade, tal como Freud a criou.

A busca por uma compreensão mais aprofundada acerca do funcionamento mental das mulheres que constituem o objeto dessa pesquisa fez com que eu me debruçasse sobre a histeria como forma de organização psíquica destas pessoas. Para uma reflexão sobre a histeria, será apresentada, no capítulo 3, sob título “Histeria: uma história a ser contada”, uma viagem pelos tempos remotos, buscando os sentidos atribuídos em cada momento cultural aos fenômenos históricos, tal qual os compreendemos atualmente. Ao chegar no momento histórico da criação da psicanálise, apresento os casos iniciais de histeria analisados por Freud, os quais deram início a uma nova forma de pensar os sintomas do corpo relacionados com a mente. A histeria foi a primeira neurose a ser investigada no início da psicanálise, apresentando-se como marca de uma época – final do século XIX – em que a repressão sexual era uma das características marcantes do meio cultural e social, principalmente em relação às mulheres. Toda época produz crenças sobre o sujeito, o mundo e sobre o adoecimento psíquico, portanto, naquele momento histórico, as histéricas figuravam no cenário da medicina e da psiquiatria. Atualmente, há uma mudança significativa de padrões relativos ao comportamento sexual dos indivíduos, podendo estes usufruírem de forma mais livre de sua sexualidade. No entanto, já no século XXI, tal como menciona Alonso²¹, a histeria nos acompanha demonstrando que sua roupa e aparência podem ser transformadas conforme a época em que se vive, e que é impossível separar as patologias de seu tempo histórico.

Para pensar no corpo como ponto de partida para a formação do psiquismo e também como depositário dos sintomas neuróticos, no capítulo 4, nomeado de “O corpo sexual na histeria”, será apresentada a teoria freudiana da sexualidade infantil e seus possíveis desdobramentos na origem de neuroses como a histeria.

²⁰ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995.

²¹ ALONSO, Sílvia Leonor. *O tempo, a escuta, o feminino*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

A fim de dar prosseguimento, no capítulo 5, intitulado “Para além de Freud: indagações contemporâneas”, é feita uma discussão sobre o desenvolvimento teórico da psicanálise no último século, principalmente no que se refere ao conceito de complexo de Édipo e a lógica fálica. Autores pós-freudianos, tais como Karen Horney, Melanie Klein e Jacques Lacan, dentre outros, são mencionados neste capítulo, pois nos ofereceram ideias diferentes sobre o tema. O século XX, marcado por profundas modificações históricas e sociais, principalmente relacionadas ao papel da mulher na sociedade, trouxeram a inquietação necessária para a revisão de alguns conceitos da psicanálise. Longe de chegar a uma conclusão, este capítulo, sobretudo, aborda diversos aspectos que têm sido discutidos por vários grupos de psicanálise e que me pareceram importantes para este trabalho que trata da temática do feminino.

No capítulo 6, nomeado “Vinhetas clínicas”, serão apresentadas três vinhetas de pacientes que atendi durante a minha trajetória profissional; cada uma delas aborda temas relevantes sobre os aspectos psíquicos das mulheres estudadas, os quais foram trabalhados e explorados um a um, contando com os princípios teóricos da histeria sob a perspectiva freudiana e também de outros autores contemporâneos. Embora as vinhetas sejam baseadas em casos reais, estes foram misturados a fim de criar novos casos em que seja possível o estudo teórico da dinâmica psíquica de cada uma delas, mas de modo a preservar suas identidades.

Apresentarei os três casos me baseando na psicogênese de cada um. Apesar das diferenças nos quadros psicopatológicos, acredito que todos correspondam à neurose com qualidades históricas. O primeiro nomeei de *problemáticas libidinais*, pois enfoca conflitos da fase edípica, o recalque e a construção da psicosexualidade; o segundo caso vem exemplificar uma dinâmica mais primitiva e narcísica, sendo nomeado de *problemáticas narcísicas*; e o terceiro trata-se de um caso com enfoque na influência da cultura sobre a sexualidade feminina, e o não reconhecimento da vulva como aparato simbólico na cultura patriarcal, tendo sido nomeado de *problemáticas culturais*.

Esta divisão foi baseada na compreensão psicopatológica que Marion Minerbo²² faz de seus casos, dividindo-os em *neurose* e *não neurose*. Antes dela, André Green²³, em seu livro intitulado “Orientações para uma psicanálise contemporânea”, com tradução para o português lançada em 2008, já abordava a compreensão do psiquismo humano sob esse formato. Coube a mim acrescentar o último tópico, pois em meu trabalho com mulheres que apresentam

²² MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

²³ GREEN, André. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

dificuldades sexuais, as questões culturais sempre se mostraram como uma parte importante do tratamento.

Princípios metapsicológicos básicos, tais como sintoma e recalque, serão abordados no primeiro caso clínico, o qual demonstra uma problemática tipicamente edipiana e, portanto, libidinal; já no segundo caso, que apresenta uma problemática narcísica, será abordado o conceito de *complexo de perfuração*, de Marie Bonaparte, que versará sobre as angústias de efração e morte relacionadas à penetração. As ideias de Bonaparte serão discutidas à luz da Teoria da Sedução Generalizada, de Jean Laplanche; no terceiro caso, será apresentada uma problemática relacionada à cultura patriarcal, bem como os prejuízos para a sexualidade feminina, com o apagamento simbólico da vulva. A característica das identificações históricas também constitui um importante aspecto a ser tratado nesse caso clínico, pois a relação de identificação com a figura da analista é o ponto central do trabalho que foi realizado. Para abordar a clínica psicanalítica das dificuldades sexuais e a necessária relação entre analista e paciente, serão abordadas as características da psicanálise ontológica baseadas nas ideias de Ogden, Winnicott e Bion, como forma mediadora para o tratamento das dificuldades sexuais de penetração. Trabalhar com a temática do feminino na psicanálise é instigante, mas também profundamente desafiador, como veremos adiante.

Por fim, são apresentadas as Considerações Finais desta tese, bem como as Referências que compuseram a base teórica da pesquisa.

1 A CIÊNCIA SEXUAL

Início esse capítulo revelando um pouco da minha inquietude durante anos de trabalho com sexualidade. Sempre interessada nos estudos da sexualidade humana e na psicanálise, desde a época da universidade (em que tive uma professora fantástica de psicanálise, Maria Cecília Caldeira), como pude enveredar tanto por uma linha de trabalho mais comportamentalista? Procurei por diversos serviços que atendiam a pessoas com questões sexuais e todos eles mantinham uma abordagem exclusivamente comportamental. Encarei, então, a difícil tarefa de manter juntos os meus dois amores (sexualidade e psicanálise), mesmo flertando com a linha comportamental presente no âmbito desses serviços. Digo ter sido uma tarefa difícil porque procurava encontrar na psicanálise uma ligação mais clara entre estes dois aspectos. Compreendia perfeitamente a função da sexualidade como fundadora do psiquismo humano, mas queria poder tratar das pessoas que se queixavam de não ter o menor interesse em relações sexuais com seus parceiros, bem como daqueles que não conseguiam ter a satisfação do orgasmo, ou daquelas que, apesar de desejarem, não permitiam ser penetradas. Não encontrei essa ligação, pois a psicanálise parecia não se interessar exatamente por tais questões. Não foram poucos os pacientes que me afirmavam estarem por anos em outras terapias e nunca terem abordado tais assuntos, fosse por vergonha de falar ou por vergonha do terapeuta em perguntar! Por mais que Freud tenha criado toda a sua teoria pautado na importância dos fenômenos sexuais humanos, por que havia, por parte dos psicanalistas, um desinteresse gradativo por essa temática?

Neste sentido, esse capítulo pretende abordar o desenvolvimento do contexto histórico e cultural em que os estudos da sexualidade estão inseridos, com intuito de responder a essa minha inquietação.

A ciência sexual, tal qual a conhecemos atualmente, foi constituída segundo as exigências da era moderna marcada pela valorização do pensamento racional e pelo método cartesiano. A ruptura com o pensamento teológico da Igreja Católica, característico dos séculos anteriores (era medieval), foi o primeiro passo para a construção do pensamento moderno associado à racionalidade. O declínio do poder da Igreja Católica, bem como a Revolução Francesa estimulam a assunção de um novo modo de vida que favorecia a disseminação do pensamento que acreditava que o conhecimento verdadeiro estava na razão e, portanto, na ciência. René Descartes, um dos grandes representantes dessa época, desenvolveu o método cartesiano, que era baseado em evidência, análise, síntese e enumeração de todo conhecimento científico. Portanto, a era moderna é marcada por mudanças ideológicas no modo de ser e de

viver dos indivíduos, tendo a ciência alcançado um *status* de estabelecimento das verdades sobre o ser humano, que se evidencia até os dias atuais.

Na modernidade, o sexo passa a ser visto como expressão de uma dimensão interna do ser humano, criando a necessidade de analisá-lo e classificá-lo. Surge então o conceito de sexualidade, tornando-se esta objeto de estudo e pesquisa e, sobretudo, o lugar das verdades do sujeito²⁴.

Foucault²⁵ procurou estudar a sexualidade com base na produção discursiva sobre o tema, destacando que a partir do século XVIII o sexo é colocado em discurso pelas instituições sociais, que passavam a determinar o certo e o errado quanto às condutas sexuais. Ao contrário do que se poderia supor, as restrições e condenações relacionadas ao sexo, heranças da Idade Média, não levaram a um silêncio sobre o tema, mas sim a uma proliferação de discursos em que o sexo passaria a ser objeto de estudo da medicina, pedagogia, justiça e das demais instituições da ordem social. Ao considerar a sexualidade uma experiência discursiva, o autor menciona que algo, para se tornar real e reconhecido, teria que passar pelo crivo da palavra dita e discursiva. Logo, nomear um evento corresponderia a materializá-lo, dar-lhe o estatuto de ciência.

O pensador francês não descarta a hipótese repressiva, mas formula a sua leitura da história da sexualidade com base nos mecanismos de poder que produziram a ideia moderna de sexualidade. O surgimento da ciência sexual, que faz parte do conceito moderno de sexualidade, coloca o sexo no lugar de objeto de investigação, de gestão e de administração por parte das instâncias sociais.

Assim, a transformação do sexo em objeto de estudo passou a contar com uma das práticas religiosas mais tradicionais: a confissão. Desde a Idade Média, a confissão está presente nas civilizações ocidentais como ritual de produção de verdades. Foucault²⁶ menciona que as civilizações orientais como China e Japão, bem como as nações árabes-muçulmanas e a Índia produziram verdades sobre o sexo por meio de uma *Ars Erotica* – e não por intermédio de uma ciência sexual, como ocorreu no ocidente. Na arte erótica, a verdade é extraída do próprio prazer, segundo a sua intensidade, qualidade e reverberações no corpo e na alma dos indivíduos. O saber corresponde à própria prática sexual, devendo constituir-se de um conhecimento secreto a ser transmitido ao discípulo de modo esotérico pelo mestre detentor dos segredos, discípulo este que desfrutará de todos os benefícios e privilégios de sua prática: “domínio

²⁴ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibidem.

absoluto do corpo, gozo excepcional, esquecimento do tempo e dos limites, elixir de longa vida, exílio da morte e de suas ameaças”²⁷.

No ocidente, no entanto, não há uma *Ars Erotica*, e sim uma *Scientia Sexualis*, que se desenvolve de forma oposta à arte das iniciações, ou seja, dá-se por meio da confissão. Confessar seria colocar o sexo em um discurso direcionado ao líder religioso, detentor do poder da absolvição, para que haja o exame de consciência e a aplicação de penitências. O foco estava no exame do corpo dos indivíduos, na intensidade do desejo, nos gestos, nas atitudes e nos comportamentos em busca dos prazeres da carne.

Não apenas a Igreja Católica participaria do direcionamento da vida sexual dos indivíduos. Na virada do século XVIII para o XIX, novas instituições sociais, tais como a medicina, a pedagogia, a psicologia, a justiça, dentre outras, passariam também a regulamentar as condutas sexuais²⁸.

A sociedade ocidental torna-se, portanto, “confessanda”, pois segundo Foucault,

[...] na justiça, na medicina, na pedagogia, nas relações familiares, nas relações amorosas, na esfera mais cotidiana e nos ritos mais solenes, confessam-se os crimes, os pecados, os pensamentos e os desejos, confessam-se o passado e sonhos, confessa-se a infância, confessam-se as próprias doenças e misérias; emprega-se maior exatidão para dizer o mais difícil de ser dito; confessa-se em público, em particular, aos pais, aos educadores, aos médicos, àqueles a quem se ama; fazem-se a si próprios, no prazer e na dor, confissões impossíveis de confiar a outrem, com o que se produzem livros. Confessa-se ou se é forçado a confessar.²⁹

Assim, a colocação do sexo em discurso dá início aos primórdios da ciência sexual/sexologia que conhecemos atualmente, que segundo Foucault³⁰, constitui um imenso aparelho para produzir poder e verdades sobre o sexo.

A *primeira sexologia* é aquela que figura no cenário do século XIX, quando surge uma medicina dedicada ao sexo, a qual se separa da medicina geral do corpo. Também chamada por Béjin³¹ de “proto-sexologia”, tal modalidade de ciência estava mais preocupada com a classificação das doenças do que com a sua terapêutica, de modo que centralizava seu interesse principalmente nas doenças venéreas, nos desvios do instinto sexual, nas grandes aberrações e no eugenismo. A presença do conceito de “instinto sexual” ofereceu a possibilidade de

²⁷ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. p. 57.

²⁸ FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

²⁹ FOUCAULT, *op. cit.*, p. 59.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ BÉJIN, André. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. *In*: ARIÉS, Philippe; BÉJIN, André. **Sexualidades Ocidentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 210-235. p. 211.

estabelecer os desvios deste instinto, as condutas patológicas deles advindas, bem como aqueles comportamentos considerados como a “normalidade sexual”³².

Durante o século XIX, quatro personagens foram alvos de interesse da sociedade quanto à conduta sexual: a mulher histérica, a criança masturbadora, o casal que reproduz e o adulto perverso. Foi com o estudo das perversões – característica marcante da Primeira Sexologia – que surge Krafft-Ebing, psiquiatra alemão que publica em 1886 um gigantesco tratado sobre os comportamentos sexuais desviantes, sob o título “*Psychopathia Sexualis*”. Krafft-Ebing³³ buscará no aspecto biológico e natural os parâmetros para definir a normalidade em relação aos comportamentos sexuais. O prazer obtido da relação sexual é visto como natural desde que contribua para a reprodução e preservação da espécie e que seja realizado entre um homem e uma mulher; logo, todo erotismo praticado fora desse padrão era considerado desviante³⁴.

O psiquiatra alemão tem no conceito de “instinto sexual” importantes parâmetros para a descrição daquilo que seria considerado patológico e aberrante em termos de comportamento sexual. O instinto teria uma força contínua no período da atividade sexual fisiológica, que começa na puberdade, atingindo seu ápice entre os 20 e 40 anos para depois começar a declinar lentamente. Pode ser exposto a influências externas, tais como clima, raça, educação, circunstâncias sociais, mas principalmente hereditariedade. Portanto, os portadores de comportamentos sexuais desviantes eram considerados uma ameaça à continuidade da espécie humana, já que transmitiriam sua genética a seus descendentes³⁵.

O conceito principal que sustenta toda a teoria de Krafft-Ebing é o do instinto sexual como força natural autônoma dirigida à união dos genitais para a procriação. No entanto, no texto do referido autor não há uma explicação que justifique tal ideia; isso porque havia uma unanimidade indiscutível, algo tido como óbvio demais para exigir uma explicação. Ou seja, o que é natural evidentemente existe e nenhuma explicação se faz necessária. Assim sendo, todos os comportamentos sexuais que desviavam do instinto natural podiam ser considerados como patológicos³⁶.

³² FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

³³ KRAFFT-EBING, Richard. (1886). **Psychopathia Sexualis**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

³⁴ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a *Psychopathia Sexualis* e a criação da noção médica de sadismo. **Revista Latinoamericana em Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 379-386, 2009.

³⁵ KRAFFT-EBING, *op. cit.*

³⁶ SAVOIA, Paolo. Sexual science and self-narrative: epistemology and narrative technologies of the self between Krafft-Ebing and Freud. **History of the Human Science**, v. 23, n. 5, p. 17-41, 2010.

Anomalias do instinto sexual normal eram reconhecidas como sinais funcionais de degeneração, um estado patológico congênito e hereditário do sistema nervoso central que podiam dar origem a quatro fenômenos, a saber: 1. Paradoxia: aparecimento do instinto além do período fisiológico; 2. Anestesia: ausência do instinto sexual; 3. Hiperestesia: aumento excessivo da estimulação do instinto sexual; 4. Parestesia: perversão do instinto e sua excitação por estímulos inadequados. A parestesia é o campo das perversões reais, cujas manifestações se dividem em quatro grupos: sadismo, masoquismo, fetichismo e sexualidade antipática, que corresponde à atração pelo mesmo sexo³⁷.

Uma das principais intenções de Krafft-Ebing era determinar a localização do instinto sexual e de suas perversões no córtex cerebral, o que não ocorreu devido à ausência de evidências empíricas que comprovassem essa hipótese. O autor se apresenta historicamente entre duas fases da medicina mental: na primeira, as patologias sexuais localizavam-se nos próprios órgãos reprodutores; e, na segunda, havia a localização cerebral dos transtornos psiquiátricos e a identificação de personalidades psicológicas específicas. Conectar-se à biologia e à neurologia trouxe à psiquiatria credibilidade científica necessária para levar adiante a ideia das perversões como resultado dos processos degenerativos do sujeito advindos desde o seu nascimento. Como o próprio Krafft-Ebing³⁸ afirmava, o valor de sua ciência estava na possibilidade de diagnosticar e tratar os portadores de psicopatologias sexuais, como uma forma de prevenir o perigo social representado eles.

O livro “*Psychopathia Sexualis*” trata de temáticas variadas, como por exemplo, impotência, frigidez, inversão (homossexualidade), sadismo, masoquismo, fetichismo e exibicionismo. Os comportamentos sexuais são descritos pela primeira vez sob termos médicos, em uma tentativa de enquadramento da vida sexual dos indivíduos dentro de uma perspectiva da ciência médica. Krafft-Ebing³⁹ constrói categorias diagnósticas de condutas sexuais aberrantes, em que a excitação seria alcançada pela dor ou pela humilhação imposta ao parceiro, no caso do sadismo; ou a satisfação seria obtida pela via da submissão e do próprio sofrimento físico e moral, no caso do masoquismo. Por intermédio de figuras como o filósofo e escritor Marquês de Sade, conhecido por suas práticas libertinas, Krafft-Ebing descreve que para alguns indivíduos, o gozo erótico está diretamente associado à crueldade, violência e volúpia, em uma

³⁷ KRAFFT-EBING, Richard. (1886). **Psychopathia Sexualis**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Ibidem.

ligação entre crime, transgressão e êxtase sexual, aproximando a medicina das instituições jurídicas⁴⁰.

A literatura das perversões no século XIX abordava, em sua maioria, a inversão masculina. Contudo, já no final deste século, passa a ser mencionada também a inversão feminina, associada à ideia de uma hipertrofia do clitóris, que indicava um excesso sexual característico das mulheres chamadas de “hipersexuais”. Na categoria de hipersexuais estariam incluídas as mulheres homossexuais, as prostitutas, as masturbadoras, as loucas e aquelas não brancas, pobres ou criminosas, que segundo Faro⁴¹, eram todas aquelas que ameaçavam as vigentes noções sociais de sexualidade e gênero.

Thomas Laqueur⁴², historiador norte-americano, menciona que desde os gregos o corpo feminino foi considerado semelhante ao masculino em sua anatomia, pois havia apenas um único modelo de corpo, o masculino. A essa concepção, Laqueur⁴³ deu o nome de *Modelo do Sexo Único*, no qual o corpo feminino era visto como uma versão inacabada dos homens. Os gregos, incluindo o grande filósofo Aristóteles, acreditavam que a genitália feminina era igual à masculina, porém invertida. As mulheres teriam pênis e testículos internos, que foram assim formados devido à falta de calor no desenvolvimento embrionário. Portanto, não havia uma nomenclatura específica para a anatomia feminina, pois, afinal, havia apenas um único modelo de corpo – o masculino.

A partir do século XIX, as diferenças sexuais e as especificidades do corpo feminino passam a fazer parte da literatura médica. Surge, então, o que Laqueur⁴⁴ chamou de *Modelo dos Dois Sexos*. As diferenças entre os corpos de homens e mulheres passam a ser pesquisadas no esqueleto, na fisiologia, no cérebro e em toda a parte, levando à compreensão de que o corpo feminino apresenta indicadores naturais de sua função materna. A feminilidade era avaliada segundo um corpo de formas arredondadas, seios generosos, ancas largas, características importantes para a maternidade. “A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças”⁴⁵.

⁴⁰ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. **Revista Latinoamericana em Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 379-386, 2009.

⁴¹ FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

⁴² LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ ROHDEN (2001) *apud* FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. p. 24.

Segundo Laqueur⁴⁶, as percepções acerca das diferenças entre os sexos, a partir do século XIX, sob o *Modelos dos Dois Sexos*, passam a demonstrar os papéis sociais que as mulheres deveriam desempenhar: o de boa esposa e o de boa mãe. A sexualidade feminina, nesse momento, é muito influenciada por esses papéis, determinando que a mulher deveria ser recatada, submissa e muito pouco interessada por sexo.

Apenas dois anos separaram a última edição revisada de “Psychopathia Sexualis”, de Krafft-Ebing, lançada em 1903, e a primeira edição de “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade”, de Freud, lançada em 1905. Este último, ao apresentar uma forma diferente de compreender as patologias sexuais, faz críticas ao discurso psiquiátrico e ao “Psychopathia Sexualis”. Para Freud, a ideia de que a natureza da pulsão sexual estaria ausente na infância – ou seja, que se apresentaria apenas na puberdade, expressando-se na direção do sexo oposto e com objetivos de união da genitália – parece uma descrição que não corresponde à realidade. A degeneração também não é considerada por ele um conceito útil, pois não seria possível ser aplicado aos portadores de inversão (homossexualidade) por exemplo, já que esses indivíduos não apresentam outros desvios graves, além de sua capacidade geral de conduzir a vida ser normal e não prejudicada.

Freud vai na direção oposta à de Krafft-Ebing ao apontar que nenhum sujeito nasce com uma ligação pré-determinada entre pulsão e objeto, seja ela fisiológica ou herdada por degeneração. Ademais, afirma que todo ser humano apresenta uma disposição universal à perversão, sendo, muitas vezes, impossível encontrar uma fronteira fixa e precisa entre o normal e o patológico. Freud entende os desvios da sexualidade como fenômenos psicológicos suscitados pela história pessoal e contingente do sujeito com todas as suas experiências únicas de vida, dando início a uma importante modificação na maneira como os sujeitos passaram a compreender seus comportamentos sexuais no século XX.

A psicanálise, na virada do século XX, introduzirá o conceito de pulsão sexual presente em todos os indivíduos, apontando para a importância das contingências da história de vida do sujeito, principalmente na infância, para o desenvolvimento sexual normal. O foco de atenção de Freud está mais voltado às neuroses do que às perversões, estando no complexo de Édipo a chave para o desenvolvimento psicosssexual saudável. O complexo de Édipo representa o ápice da sexualidade infantil, exercendo uma influência decisiva sobre a sexualidade posterior dos adultos. Ocorre uma modificação do espaço conceitual da psiquiatria do século XIX quando Freud propõe a não existência de um instinto pré-definido, nem de um estado congênito normal

⁴⁶ LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

ou patológico desencadeante das perversões. As perversões estão inseridas no mesmo processo de desenvolvimento que leva à normalidade nos sujeitos.

Quanto a essa mudança no conceito psiquiátrico, impulsionado pela psicanálise, Savoia comenta que:

Freud propõe uma mudança no padrão psiquiátrico (tendência inata/causas provocadoras acidentais) bem estabelecido na segunda metade do século XIX, que elimina o caráter rigidamente determinista da predisposição, estende essa predisposição a todos, e muda a ênfase para causas acidentais e contingentes. A história do sujeito – que é principalmente uma história inconsciente – é tanto o objeto real da teoria quanto o objeto real da técnica psicanalítica.⁴⁷

Assim, com Krafft-Ebing e Freud, a sexualidade passa a fazer parte dos interesses científicos de uma época, apesar das diferenças conceituais existente entre os dois autores. Freud é aquele que abre as portas para pensar o sexo sob outro ponto de vista – e não do patológico apenas, e uma outra forma de abordagem da sexualidade surge na virada para o século XX, o que foi chamado por Béjin⁴⁸ de *Segunda Sexologia*.

Béjin⁴⁹ não inclui Freud e a psicanálise como participantes da *Segunda Sexologia* porque os objetivos e técnicas terapêuticas desta diferem dos da ciência sexual que surgiu a partir do século XX, como veremos a seguir. Mas, a meu ver, Freud foi sim o ponto inicial da grande mudança de paradigma da sexualidade na virada do século XX.

A *Segunda Sexologia*, de acordo com Béjin⁵⁰, tem como primeiro representante Wilhelm Reich que, apesar de discípulo de Freud, separa-se deste para criar sua própria teoria. Chamado de o precursor da “revolução sexual”, tinha uma abordagem corporal para a cura das neuroses. Compreendia que a dificuldade de vivenciar a experiência do orgasmo vinha de traumas, gerando neuroses que acabavam levando ao autoritarismo. Como forma de tratamento, Reich entendia que as relações sexuais e o orgasmo levariam a uma explosão energética capaz de fazer a energia psíquica fluir livremente. É o criador da expressão “orgasmoterapia”, que tem o orgasmo como fonte de tratamento e cura das questões emocionais. Nascido na Ucrânia em 1897, foi perseguido pelos nazistas devido ao polêmico trabalho desenvolvido e acabou mudando-se para os Estados Unidos, onde foi criticado como o criador de “um novo culto do sexo e anarquia”.

⁴⁷ SAVOIA, Paolo. Sexual science and self-narrative: epistemology and narrative technologies of the self between Krafft-Ebing and Freud. **History of the Human Science**, v. 23, n. 5, p. 17-41, 2010, p. 27.

⁴⁸ BÉJIN, André. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In: ARIÉS, Philippe; BÉJIN, André. **Sexualidades Ocidentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 210-235.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Ibidem.

É a partir da segunda década do século XX que a mudança no enfoque dado à sexualidade cria uma forma de trabalho atribuída agora ao “sexólogo”. Na década de 20, os vocábulos “sexologia” e “sexólogo” aparecem pela primeira vez no Dicionário Inglês de Oxford. Mas antes disso, em 1867, há a publicação da obra de Elizabeth Willard, intitulada “Sexologia como filosofia de vida”. O interesse pela sexualidade cotidiana dos casais e das pessoas comuns – e não mais os comportamentos sexuais desviantes e perversos – é o que marca a diferença fundamental entre a Primeira Sexologia e a Segunda Sexologia⁵¹.

Após a Primeira Guerra Mundial, na década de 20, muitas mudanças nos papéis de gênero e nas concepções sobre a sexualidade influenciaram as diversas pesquisas que marcaram o século XX. As mulheres deixaram seus lares para trabalhar fora e ganhar sua independência financeira. Passaram a cursar graduação de nível superior e houve a conquista do direito ao voto, que no Brasil se deu apenas em 1933. Nesse mesmo contexto social, surge Alfred Kinsey, que vem atender a uma demanda social cada vez mais crescente de escancarar os limites da vida privada, dos mitos e tabus sexuais, abordando claramente a vida sexual da dona de casa, do homem trabalhador que volta à noite para casa, do jovem adolescente e suas descobertas sexuais solitárias, de todos aqueles indivíduos “comuns” da sociedade que praticam sexo. Kinsey deixa de fora os julgamentos de ordem moral e religiosa, bem como não tem pretensão de trabalhar com as categorias psiquiátricas que classificam as pessoas como sexualmente saudáveis ou não; em verdade, ele pretende considerar a conduta sexual humana como natural, buscando estudá-la em suas manifestações apenas⁵².

Entre 1938 e 1953, Kinsey elaborou um grande estudo com a participação de mais de 11.000 indivíduos norte-americanos, sendo 5.300 homens e 5.940 mulheres. Tal estudo resultou na publicação de dois livros, intitulados “Sexual Behavior in the Human Male” e “Sexual Behavior in the Human Female”. Kinsey, inicialmente professor de biologia, é chamado a coordenar o curso sobre casamento e sexualidade na Universidade de Indiana, instituição na qual dá início a sua importante pesquisa sobre sexualidade humana.

A principal característica das pesquisas de Kinsey era a abordagem estatística de todos os dados obtidos, trazendo a seus estudos um caráter científico. Os dados eram obtidos por meio de entrevista pessoal presencial, que durava entre uma e duas horas e continha um número não

⁵¹ BÉJIN, André. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In: ARIÉS, Philippe; BÉJIN, André. **Sexualidades Ocidentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 210-235. p. 211.

⁵² SENA, Tito. Os relatórios Kinsey: práticas sexuais, estatísticas e processos de normali(ti)zação. In: FAZENDO GÊNERO – DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis, SC. **Anais [...]**, UFSC, 2010.

fixo de perguntas, variando entre 300 e 500, a depender de cada sujeito entrevistado. Os dados colhidos forneceram uma base estatística para o estudo de temas como masturbação, homossexualidade, sexo antes do casamento, relações extramatrimoniais, orgasmo feminino, entre outros. De caráter seco e impessoal, os relatórios aparecem repletos de gráficos e de tabelas estatísticas.

Kinsey acreditava que o conhecimento acerca dos fatores biológicos, psicológicos e sociais do comportamento sexual humano seria o caminho para o ajustamento entre a natureza sexual do homem e as exigências sociais⁵³. Apesar disso, em virtude de sua formação acadêmica, Kinsey acabou destacando principalmente as bases biológicas da sexualidade, buscando considerar o sexo como um fenômeno natural do corpo, deixando de lado aspectos sociais, relacionais ou motivacionais, os quais apresentam também importante influência no comportamento sexual humano. Muitas críticas de psicólogos, psicanalistas e sociólogos da época foram feitas alegando que um estudo conduzido por um biólogo não seria capaz de abarcar todos os meandros da sexualidade humana.

Kinsey, por sua vez, por ser um entusiasta da ciência positivista, afastava-se completamente da psicanálise, não admitindo qualquer tipo de “força oculta” ou “misteriosa” na sexualidade. Há um incentivo à utilização de análises estatísticas se contrapondo aos estudos de casos que eram realizados na Primeira Sexologia e na Psicanálise⁵⁴.

Todas as transformações sociais e culturais ocorridas, principalmente, na segunda metade do século XX, resultaram em uma modificação importante do papel do sexo na relação entre os indivíduos e entre os casais. O movimento feminista e o movimento *gay* travavam uma grande luta contra os padrões culturais vigentes à época, em favor da legitimação do prazer sexual feminino, contrários às relações patriarcais e à heteronormatividade. O movimento *gay* reivindicava que a homossexualidade fosse retirada do DSM, o que ocorreu apenas em 1987, no DSM- III-R, colocando a sexualidade no plano das discussões políticas. Na década de 60, a criação da pílula anticoncepcional surge para tornar possível a desvinculação entre sexo e reprodução, desenvolvendo políticas públicas de controle de natalidade. Se agora as mulheres não mais faziam sexo para engravidar, estava legitimado o prazer sexual como aspecto

⁵³ SENA, Tito. Os relatórios Kinsey: práticas sexuais, estatísticas e processos de normali(ti)zação. *In*: FAZENDO GÊNERO – DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis, SC. **Anais [...]**, UFSC, 2010.

⁵⁴ FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. p. 30.

fundamental de qualidade de vida e felicidade. Há, portanto, o desenvolvimento da dimensão do sexo como ato indispensável entre os indivíduos e entre os casais, levando o campo da sexologia a um crescimento vultoso. Os casais que não desfrutassem das maravilhas do sexo eram encaminhados para clínicas de tratamento da sexualidade, instituições que se multiplicaram pelos Estados Unidos⁵⁵.

Dando continuidade aos estudos da sexologia, também nos Estados Unidos, William Masters, ginecologista, e Virginia Johnson, pesquisadora, desenvolveram um importante estudo sobre a natureza fisiológica da sexualidade, lacuna esta que havia sido deixada pelo seu antecessor, Alfred Kinsey. Masters e Johnson coordenavam um laboratório de sexualidade na Universidade de Washington, no qual 694 indivíduos voluntários foram observados realizando práticas sexuais conectados a dispositivos técnicos que permitiam a medição das reações fisiológicas corporais⁵⁶.

Sena comenta que Masters e Johnson, buscavam sempre consolidar sua técnica no âmbito dos padrões científicos, de modo que os procedimentos para coleta de dados foram os seguintes:

Interrogatórios extensos para levantamento do perfil médico, social e psicosssexual dos sujeitos, observações minuciosas diretas com o uso de filmagens em cores, e estudos laboratoriais dos aspectos físicos e fisiológicos das relações sexuais. Foram utilizados também recursos como vagina artificial e pênis de plástico transparente, para observações de coitos artificiais através de técnicas radio físicas, de iluminação e dispositivo fotográfico miniaturizado. Este aparato sofisticado de equipamentos tecnológicos indicou uma ruptura nos procedimentos de investigação da sexualidade, pois a observação se tornou biológica e micrométrica, na coleta dos mínimos detalhes geradores de explicações causais.⁵⁷

Em 1966, foi publicado o primeiro texto da dupla Masters e Johnson⁵⁸, intitulado “A Resposta Sexual Humana”, que trouxe o resultado obtido por meio dessas investigações. O ciclo de resposta sexual humana, criado por Masters e Johnson, composto por quatro fases psicofisiológicas (excitação, platô, orgasmo e resolução), tornou-se a grande referência nos estudos científicos da sexualidade para diagnóstico das disfunções sexuais, tal como veremos mais adiante.

⁵⁵ FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

⁵⁶ MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. (1966). **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

⁵⁷ SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 221-239, 2010. p. 224.

⁵⁸ MASTERS; JOHNSON, *op. cit.*

Masters e Johnson trabalhavam com interrogatórios e entrevistas para a coleta de dados. Em uma diferenciação metodológica mais empírica em relação a Kinsey, preferiram utilizar observações diretas, sob a justificativa de que o interesse da pesquisa era sobre o que homens e mulheres fazem concretamente em resposta à estimulação sexual efetiva – e não sobre o que as pessoas dizem que fazem ou aquilo que pensam que poderiam fazer⁵⁹.

Por mais que os procedimentos de observação tenham sido considerados inovadores e ousados, não ficaram de fora as críticas que apontavam para uma possível falta de espontaneidade e artificialidade em relações sexuais feitas em laboratório, em situação de observação⁶⁰.

Masters e Johnson trabalhavam com um protocolo de tratamento para casais que consistia em uma imersão de duas semanas em um hotel, com encontros diários com os terapeutas para fornecimento de informações sobre sexualidade, bem como na aplicação de técnicas sexuais baseadas na psicologia comportamental. O postulado que embasa a técnica de Masters e Johnson é o de que as perturbações da sexualidade se constituem por comportamentos aprendidos e condicionados, sendo o principal objetivo terapêutico o aprendizado de novos comportamentos e a eliminação do sintoma indesejado. O *setting* terapêutico de tratamento era composto sempre por dois profissionais, um homem e uma mulher, sendo um médico e um psicólogo. O médico deveria encaminhar os exames fisiológicos e análises laboratoriais, já o psicólogo seria responsável pela ajuda na tomada de consciência acerca dos fatores psicossociais envolvidos da disfunção⁶¹.

O tratamento era breve (em torno de 15 a 20 sessões) e consistia em duas grandes etapas: a primeira, de 4 dias, tinha o objetivo de coletar a anamnese do casal e transmitir informações necessárias para a reeducação sensorial dos pacientes, que eram instruídos a explorar mutuamente seus corpos (exceto as zonas genitais) utilizando, eventualmente, uma loção perfumada; na segunda etapa, de 10 dias, o casal gradualmente passaria da manipulação do corpo ao contato com o genital, por meio da masturbação e posteriormente o coito, aprendendo a eliminar a angústia relacionada ao ato e recuperando assim a plena capacidade orgástica⁶².

⁵⁹ MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. (1966). **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

⁶⁰ SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 221-239, 2010.

⁶¹ MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. **A incompetência sexual: suas causas, seu tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

⁶² BÉJIN, André. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In: ARIÉS, Philippe; BÉJIN, André. **Sexualidades Ocidentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 210-235.

Outra terapêutica, bastante polêmica, utilizada por Masters e Johnson era o uso de parceiro(a) substituto(a), principalmente para homens solteiros com disfunções sexuais. A parceira substituta ajudava na solução da problemática existente por intermédio de técnicas sexuais e orientações práticas durante a atividade sexual que mantinham com o paciente. O mesmo tratamento não era recomendado às mulheres disfuncionais, já que Masters e Johnson⁶³ entendiam que mulheres necessitavam de uma maior segurança e intimidade emocionais para com o seu parceiro, fato que não poderia acontecer em poucas semanas de tratamento com um parceiro substituto. Esta visão reflete os papéis de gênero daquela época, atribuindo uma naturalização da sexualidade no homem e da emotividade na mulher⁶⁴.

A obra de Masters e Johnson é considerada um marco para a *Segunda Sexologia* por ter solidificado o caráter médico-científico no campo sexológico, tanto no desenvolvimento de suas pesquisas quanto na aplicação do conhecimento em técnicas de tratamento.

Nesse momento histórico, o campo da sexologia crescia cada vez mais e surgiam diversas linhas de abordagens terapêuticas para tratar as dificuldades sexuais das pessoas. Segundo Irvine⁶⁵, duas abordagens são mais evidentes: a sexologia científica, caracterizada pela ênfase em análises estatísticas e na observação de dados empíricos, próxima ao discurso médico, em que os principais representantes são Masters e Johnson; e a sexologia humanista, mais ligada à psicologia, que incluiria diversas técnicas, tais como a bioenergética, experimentações sexuais, massagens e até a prática de sexo com o próprio terapeuta, em situações mais radicais. A sexologia da vertente humanista faz lembrar o que Foucault chamou de *Ars Erotica*, já citada anteriormente, buscando mais pela experiência sensorial e emocional do sexo, o que não exclui, de qualquer modo, o objetivo principal da ciência sexual, que é a “cura”.

No Brasil, poucos estudos avaliaram, em larga escala, a prevalência de dificuldades sexuais nas mulheres. Em 2004, foi realizada uma das maiores pesquisas relacionadas ao tema, tendo sido composta por participantes de sete estados brasileiros. Coordenada pela psiquiatra Carmita Abdo, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), participaram da pesquisa 1.219 mulheres com mais de 18 anos e, destas, 49% relataram ao menos uma dificuldade no contato sexual. Dentre elas, 26,7% afirmaram não sentir desejo de manter

⁶³ MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. **A incompetência sexual**: suas causas, seu tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

⁶⁴ SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 221-239, 2010.

⁶⁵ IRVINE, Janice. **Disorders of desire**: sexuality and gender in modern sexology. Philadelphia: Temple University Press, 2005.

contato sexual com o(a) parceiro(a); 21% indicaram dificuldades na obtenção do orgasmo; e 23,1% relataram sentir dor durante o intercurso sexual⁶⁶.

Em paralelo ao universo da sexologia/ciência sexual, a psicanálise se apresenta levando a sexualidade ao *status* de formadora da subjetividade humana. Contudo, não se propõe exatamente àquilo a que as terapias sexuais se propunham. A psicanálise não caminha no território da ciência organicista e comportamental visando fundamentalmente a eliminação de sintomas e as mudanças comportamentais. Em direção oposta, a psicanálise busca proporcionar uma viagem para dentro de si, para as primeiras relações afetivas e suas consequências na formação do eu. Busca analisar de modo próximo a necessidade de amar e de ser amado de cada um de nós. E é por meio do amor sexual que buscamos voltar a essa felicidade que já vivemos anteriormente com nossos pais. A psicanálise parece ir na contramão do mundo moderno, no qual os resultados práticos e objetivos são desejados rapidamente. Os manuais e catálogos de doenças surgem neste contexto moderno em que a necessidade de legitimidade científica por meio de números e estatísticas se faz presente para a comprovação da eficácia dos tratamentos.

1.1 DSM e as disfunções sexuais

A necessidade de elaborar um manual que padronizasse todas as psicopatologias surgiu nos Estados Unidos do pós-guerra. A demanda crescente de pacientes carentes de assistência mental impulsionou o movimento que deu origem, em 1952, ao primeiro manual de saúde mental, publicado pela APA – American Psychiatric Association. A incompatibilidade dos diagnósticos e a falta de critérios unificados acerca dos sintomas promoviam confusões e dificuldades entre os centros de saúde. No intuito de solucionar esta questão, os membros da APA reconheceram a importância de um sistema que permitisse classificar os transtornos mentais, com base na descrição minuciosa e precisa dos sinais e sintomas de cada doença. “Foi necessário então recorrer à OMS (Organização Mundial da Saúde) que já contava com um

⁶⁶ ABDO, Carmita; OLIVEIRA, Waldemar; MOREIRA, Edson; FITTIPALDI, João. A prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research – Nature*. London, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004. p. 162.

manual classificatório de doenças, a CID, para então desenvolver o primeiro manual específico de saúde mental”⁶⁷.

Dunker e Kyrillos Neto⁶⁸, ao ressaltarem as divergências de objetivos entre a visão da psicanálise e a da psiquiatria, mencionam que o DSM surge diante da necessidade da utilização de uma linguagem comum para as discussões diagnósticas e tratamentos, podendo, no entanto, parecer servir também para a “homogeneização e silenciamento das controvérsias e divergências entre as diversas áreas relacionadas ao estudo da psiquê humana”.

Com uma posição biológica e organicista, o DSM apresenta uma ideia de universalidade das formas do patológico, baseada em perturbações genéticas, anatômicas, endócrinas e neuroquímicas. A noção de cura está associada à eliminação de sintomas, pois no contexto contemporâneo, a eficácia e o sucesso do tratamento passam a ser valorizados como um ideal ético. O uso do DSM nas políticas públicas de saúde mental pretende que o gestor saiba reconhecer a real eficácia das terapêuticas disponíveis, a fim de organizar de forma eficaz os investimentos do dinheiro público nas frentes de trabalho em saúde mental⁶⁹.

A psicanálise compreende os sintomas como sendo a expressão de um conflito psíquico e o modo como o sujeito consegue expressar suas dores. O sintoma revela um trabalho subjetivo e individual na busca por criar soluções simbólicas que tentam proporcionar algum alívio ao sujeito. Portanto, os sintomas são necessários enquanto não houver outra forma de comunicar o que se sente. Logo, apenas medicar as dores mentais não oferece a possibilidade de desenvolvimento das funções psíquicas do sujeito. Estes são alguns dos questionamentos que se estabelecem em decorrência das divergências entre a visão organicista da psiquiatria e a da psicanálise, envolvendo também as patologias sexuais.

No primeiro DSM, as disfunções sexuais ainda não faziam parte das patologias classificadas. As disfunções sexuais apareceram pela primeira vez no DSM-III, publicado em 1980, sendo classificadas da seguinte forma no que se refere às mulheres: 1. Inibição do desejo sexual; 2. Inibição da excitação sexual; 3. Inibição do orgasmo feminino; 4. Dispareunia; 6. Vaginismo⁷⁰. Nas três versões seguintes, ou seja, no DSM-III-R (de 1987), no DSM-IV (de

⁶⁷ CATANI, Julia. **O que tratar quer dizer**: construções da psicanálise diante dos transtornos somatoformes, sintomas somáticos e sofrimentos psíquicos e corporais. 2018. 288 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. p. 103.

⁶⁸ DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM -IV. Breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011. p. 612.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. 5. ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.

1994) e no DSM-IV-TR (de 2000), as disfunções sexuais são classificadas de forma similar; são agrupadas de acordo com a fase do ciclo de resposta sexual⁷¹ que aparece alterada.

O DSM-I (de 1952) e o DSM-II (de 1968) foram muito influenciados pela psicanálise, apresentando, por exemplo, diagnósticos como neurose e psicose. Nessas versões, os transtornos sexuais faziam parte da categoria de “desvios sexuais” e estavam inseridos no grupo de “transtornos de personalidade”. Já no DSM-III, as dificuldades sexuais deixaram o grupo dos transtornos da sexualidade para figurar em um grupo autônomo de “transtornos psicosexuais”. Assim, já dentro de uma linha organicista bem estabelecida, a terceira versão do DSM marca o fim da influência da psicanálise sobre a psiquiatria.

1.2 Classificação das disfunções sexuais no DSM-V

No DSM-V, publicado em 2013, há a mais recente classificação das disfunções sexuais femininas. Elas estão classificadas da seguinte forma:

- Transtorno de interesse/excitação sexual feminino (F52.22);
- Transtorno do orgasmo feminino (F52.31);
- Transtorno de dor gênito-pélvica/penetração (F52.6). O Transtorno de dor gênito-pélvica/penetração, que é a dificuldade sexual ora estudada, apresenta quatro dimensões de sintomas segundo o DSM-V, a saber:
- Dificuldade para ter relações sexuais com penetração vaginal;
- Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação ou nas tentativas de penetração;
- Medo ou ansiedade intensa da dor vulvovaginal em antecipação, durante ou como resultado da penetração na vagina;
- Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante as tentativas de penetração vaginal.

A dificuldade para ter relações com penetração vaginal (critério 1) pode variar desde a incapacidade total para experimentar a penetração vaginal em qualquer situação (relação sexual, exames ginecológicos, colocação de absorvente íntimo, por exemplo), até a capacidade de experimentar facilmente a penetração em alguma situação, porém não em outra. A situação

⁷¹ O ciclo de resposta sexual humana, criado por Masters e Johnson, será citado detalhadamente a seguir.

clínica mais comum é aquela em que a mulher é incapaz de experimentar a relação sexual vaginal com um parceiro⁷².

A dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação ou nas tentativas de penetração (critério 2) refere-se à dor que acomete locais diferentes na área gênero-pélvica. Geralmente, a dor se caracteriza como superficial ou profunda. Algumas dores podem ser espontâneas e outras provocadas (relação sexual ou estimulação mecânica). A dor poderá persistir por algum tempo após a relação sexual, podendo ocorrer também ao urinar. Em geral, a dor experimentada durante a relação sexual pode também ocorrer no exame ginecológico⁷³.

O medo ou ansiedade intensa da dor vulvovaginal em antecipação, durante ou como resultado da penetração vaginal (critério 3) é um relato comum de mulheres que sentem dor regularmente durante a relação sexual. Essa reação “normal” pode levar a mulher a evitar situações sexuais íntimas. Em outros casos, o medo perturbador não parece ter uma relação íntima com a experiência de dor, mas leva a uma atitude de evitação da relação e da penetração vaginal. Existem descrições acerca desse evento como semelhante a uma reação fóbica relacionada à penetração vaginal ou ao medo da dor⁷⁴.

A tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante as tentativas de penetração vaginal (critério 4) pode referir-se a um espasmo semelhante a um reflexo do assoalho pélvico em resposta às tentativas de penetração, bem como à proteção muscular “normal e voluntária” diante da experiência de dor antecipada, medo ou à ansiedade. No caso de reações “normais/protetoras”, a penetração pode ser possível em circunstâncias de relaxamento⁷⁵.

O Transtorno de Dor Gênero-Pélvica/Penetração está frequentemente associado à baixa de desejo sexual e a um comportamento evitativo da vida sexual de maneira geral. Como aspecto marcante, porém, está a característica fóbica deste transtorno, que pode ser observado por meio de expressão de angústia e de desconforto apenas com a ideia ou a fantasia de penetração vaginal.

Observa-se algumas importantes mudanças classificatórias das versões anteriores para o DSM-V. As classes diagnósticas são reduzidas significativamente na edição mais recente. A última revisão do manual unificou as categorias de transtorno de desejo e de transtorno de

⁷² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ *Ibidem*.

excitação, entendendo que as duas pertencem a uma mesma fenomenologia em que ambas se relacionam e se influenciam mutuamente. Outra mudança significativa diz respeito a mudanças na classificação dos transtornos de dor. Até a versão IV do DSM, as dificuldades de penetração eram assim categorizadas como entidades distintas, indicando que a dispareunia consistia na dor profunda ou superficial da mulher durante a penetração, ao passo que o vaginismo referia-se à contração involuntária dos músculos perineais que impediriam qualquer tipo de penetração vaginal. Essas duas classificações foram unificadas no Transtorno de Dor Gênero-Pélvica/Penetração, que agora inclui mulheres que sentem dor, mas conseguem ter a penetração, e também aquelas que não conseguem qualquer tipo de penetração.

No entanto, o objeto da presente pesquisa será o estudo da dimensão psíquica de mulheres que não conseguem qualquer tipo de penetração, disfunção anteriormente chamada de vaginismo. A palavra vaginismo, por ter sido utilizada por muito tempo pelos profissionais e pesquisadores da área, ainda circula em trabalhos científicos, em *sites*, em reportagens, bem como na linguagem popular das pacientes que nos procuram. Segundo Ambrogini⁷⁶, em *sites* de busca como o Google, a palavra vaginismo tem 415.000 citações; o *site* vaginismo.com.br teve cerca de 100.000 acessos em 2015; o *site* norte-americano vaginismus.com é um dos mais acessados sobre o tema, apresentando um vasto conteúdo para o público leigo.

Ademais, a palavra vaginismo, muito mais do que a nomenclatura Transtorno de Dor Gênero-Pélvica/Penetração, porta a representação de uma problemática relativa ao psíquico e ao afetivo, do que apenas um transtorno biológico, propriamente dito. Sendo assim, neste trabalho, optei por utilizar a palavra vaginismo, como menção a uma condição que envolve importantes aspectos psíquicos, e que nos acompanhará por toda essa tese.

1.3 Ciclo de resposta sexual humana

Nos seres humanos, diferentemente do que acontece nos demais seres animais, o exercício da sexualidade ultrapassa o componente biológico, pois gera prazer independentemente do ciclo reprodutivo, algo já muito bem abordado pela psicanálise. A sexualidade é compreendida como parte da personalidade de cada um, sendo vivenciada por meio de pensamentos, sentimentos, ações e interações, englobando a saúde física e mental dos indivíduos.

⁷⁶ AMBROGINI, Carol. **Significado do termo “vaginismo” para as mulheres com esta disfunção**. 2016. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

Uma relação sexual bem-sucedida e prazerosa depende de uma sequência complexa de ocorrências hormonais e fisiológicas, altamente vulneráveis às interferências por parte dos aspectos psicológicos e emocionais dos indivíduos. A existência de estímulos psicológicos ou físicos geradores de tensão sexual leva a um ciclo de reações físicas e mentais que constituirão o **ciclo de resposta sexual humana**. As disfunções sexuais foram classificadas levando em consideração as alterações do funcionamento de uma ou mais etapas desse ciclo de resposta.

O ciclo de resposta sexual humana foi mencionado pela primeira vez na década de 60, por William Masters e Virginia Johnson, após a realização de diversas pesquisas que avaliaram o comportamento sexual de homens e mulheres, fosse em ato sexual ou também masturbatório. Os referidos autores, muito interessados na anatomia e fisiologia da resposta sexual humana, empreenderam estudos observacionais de aproximadamente 694 homens e mulheres norte-americanos, que resultaram em um modelo de ciclo de resposta sexual humana com quatro estágios⁷⁷, quais sejam:

- Excitação – Modificações fisiológicas do corpo que ocorrem como meio de preparação para o ato sexual, tais como a ereção nos homens e a vasocongestão da vagina e da vulva. A excitação é provocada por pensamentos e fantasias, bem como por estímulos desencadeados pelo tato, olfato, audição, gustação e visão;
- Platô – Excitação contínua e prolongada de intensidade máxima, que antecede o orgasmo;
- Orgasmo – A palavra vem do grego *orgamós* e significa agitação, irritação, inchaço⁷⁸. Atualmente, o significado atribuído ao termo é de uma descarga de imenso prazer, caracterizada pela intensificação da vasocongestão e da tensão muscular, ocasionando contrações rítmicas e involuntárias no terço externo da vagina. A fase do orgasmo, para algumas mulheres, é associada a uma perda momentânea da consciência, sendo comparada a uma pequena experiência de morte (*petit mort*). É o clímax da resposta sexual;
- Resolução – Estado subjetivo de bem-estar que se segue ao orgasmo, sendo acompanhado de grande relaxamento e satisfação física e mental. Período em que o corpo retorna ao estado natural anterior ao estímulo sexual.

⁷⁷ MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. (1966). **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

⁷⁸ Segundo o *site* étimo.it, a palavra orgasmo deriva também de *orgia* ou *orgiástico*. *Orgasmus*, palavra análoga, em sua contração, ao vocábulo *enthusiasmus*, significa um estado ou condição que leva à orgia.

A terapeuta sexual Helen Singer Kaplan, em sua experiência clínica, observou que muitas mulheres não tinham desejo de ser ativas sexualmente no âmbito de seus relacionamentos; em 1979, ela publicou o trabalho em que incluía o desejo sexual como estágio inicial da resposta sexual⁷⁹. Em 1976, Paul Robinson argumentou, convincentemente, que a fase de platô correspondia ao estágio final da fase de excitação. Surgiu, então, o denominado modelo linear modificado, no qual aparece, primeiramente, o desejo por sexo, que leva à fase de excitação – cuja duração é variável –, culmina no orgasmo e evolui para a fase de resolução⁸⁰.

Apesar do ciclo de resposta sexual criado por Masters e Johnson e reformulado por Kaplan ter sido a base para a classificação das disfunções sexuais, muitas críticas foram feitas em razão de esse modelo não levar em consideração a complexidade e a singularidade da experiência sexual, além de não mencionar fatores psicológicos e relacionais, tão fundamentais para o contexto sexual. Ademais, inúmeros estudos mostram que pelo menos um terço das mulheres não experimenta desejo sexual espontâneo, ou pode até experimentar, mas não de forma linear, tal como proposto nesse tipo de ciclo de resposta sexual. No modelo linear, as etapas aconteceriam sempre na mesma ordem, uma após a outra (desejo, excitação, orgasmo e resolução), o que nem sempre ocorria com as mulheres. O ciclo linear parece apontar com maior precisão para o ciclo de resposta sexual masculino, mas não o feminino.

A fim de preencher as lacunas apontadas no modelo linear, a psiquiatra canadense Rosemary Basson, no ano 2000, criou o Modelo Circular de Resposta Sexual, que parece descrever com mais exatidão a experiência sexual feminina, principalmente daquelas mulheres que se encontram em relacionamentos de longa data. Segundo Basson⁸¹, quando uma porcentagem grande da população é considerada anormal, deve-se questionar a referência de normalidade estabelecida. A autora cita que o desejo sexual espontâneo nem sempre está presente para as mulheres desde o início da relação. Ele pode surgir depois de iniciado o contato sexual, já que a motivação feminina para se engajar em uma relação estaria muito associada às necessidades emocionais e de intimidade. Ao iniciar a atividade sexual com seu parceiro, a mulher se encontra em estado de neutralidade, porém receptiva aos estímulos que lhe causam excitação. A continuidade desses estímulos poderá desencadear o desejo sexual responsivo e, subsequentemente, a excitação e, por fim, o orgasmo. Esse seria o modo de atividade sexual mais frequentemente encontrado nas mulheres, principalmente naquelas em relacionamentos de muito

⁷⁹ KAPLAN, Helen Singer. **Disorders of sexual desire**. New York: Simon and Schuster, 1979.

⁸⁰ ROBINSON, Paul. **The modernization of sex**. Ithaca: Cornell University Press, 1976.

⁸¹ BASSON, Rosemary. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, n. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

anos. Com o Modelo Circular de Resposta Sexual, Basson⁸² retira um grande número de mulheres da categoria de disfuncionais, conferindo ao comportamento sexual feminino o *status* de normalidade. O desejo espontâneo, tão vendido e explorado pela mídia nos últimos anos, não corresponde àquilo que acontece na maioria dos casais que estão juntos há muito tempo.

1.4 Nem *Ars Erotica*, nem *Scientia Sexualis*

Freud, em razão de sua origem médica, despendeu grande esforço para tornar a psicanálise uma ciência reconhecida em seu tempo. Afinal de contas, trabalhar com o inconsciente era reconhecer um determinante psíquico que não poderia ser visto claramente, o que fugia aos parâmetros da ciência médica da época.

Sempre houve na psicanálise outras características de trabalho e de compreensão do ser humano, diferentemente das ciências médicas e, principalmente, da *Scientia Sexualis*. Mas haveria algo na psicanálise que nos lembrasse a *Ars Erotica*?

Desde as suas origens, a psicanálise trabalhou com a sexualidade, conferindo-lhe um estatuto importante na constituição psíquica do sujeito. Muitas vezes, foi atribuída à psicanálise, de forma enganosa, a responsabilidade de enxergar sexo em tudo aquilo que não tivesse aparentemente um vestígio erótico. Mas para o discurso freudiano, a sexualidade não tem um único sentido, e sim uma multiplicidade de significados, uma “polissemia conceitual”⁸³.

A psicanálise inaugura uma ciência com um método próprio, tendo a escuta do inconsciente como principal estratégia para compreender os sintomas corporais histéricos, os quais não apresentavam uma correspondência orgânica. A escuta freudiana contraria todas as formas de compreensão da *Scientia Sexualis* da época, contudo, também não se enquadra na *Ars Erotica* oriental. A psicanálise tem uma teoria que propõe uma leitura de sexualidade, mas tal teoria não se estabelece nos parâmetros científicos, nem nos filosóficos. Como sustenta Birman⁸⁴, “marcado epistemologicamente por uma originalidade nos registros teórico, ético e estético, o discurso freudiano estaria entre os dois polos”, ou seja, da *Scientia Sexualis* e da *Ars Erotica*, tal como destacados por Foucault⁸⁵.

⁸² BASSON, Rosemary. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, n. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

⁸³ BIRMAN, Joel. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 17.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

Na ciência sexual, procura-se delimitar a sexualidade como um registro de comportamentos, com padrões inquestionáveis e universais, marcados por regularidades que contribuem para o discurso científico na definição de seus métodos e tratamentos. A sexologia seria, então, um discurso biológico sobre a sexualidade, que se transforma em uma ciência do comportamento sexual, ao criar normas e condutas esperadas, apresentando-se sempre como uma ciência normativa. Essa dimensão normativa, sempre presente nas ciências da sexualidade, é destacada por Foucault⁸⁶ na oposição entre a *Ars Erotica* e a *Scientia Sexualis*.

A psicanálise teve que romper com a sexologia do século XIX, que apontava para a reprodução biológica como objetivo universal de comportamento sexual, articulando as patologias sexuais às normas sociais vigentes. Com isso, a sexualidade foi retirada do registro concreto do comportamento e passou a fazer parte do imaginário e do psíquico humano. “A psicanálise transcendeu o espaço dos laboratórios sobre o comportamento humano, ao deixar o sujeito dizer espontaneamente o que lhe vinha à mente, como define a regra fundamental da psicanálise, a associação livre”⁸⁷. São, portanto, as experiências cotidianas e simples dos sujeitos, com suas fantasias e desejos subjetivos, que forneceram a matéria-prima da psicanálise, ultrapassando o registro concreto do comportamento sexual.

Birman⁸⁸ assinala, de forma exata, que a sexualidade se inscreve acima de tudo na fantasia, pois sem esta não haveria erotismo. A partir da fantasia subjetiva de cada um é que a sexualidade poderia assumir formas comportamentais diversificadas. “O comportamento seria o elo final de uma longa cadeia de relações, que se inscrevem primordialmente na fantasia do sujeito”⁸⁹. Essa ênfase conferida ao registro da fantasia indica o lugar psíquico em que a sexualidade acontece, para posteriormente se desdobrar no registro do corpo. Não se trata de afirmar que há uma oposição entre o psíquico e o corporal, pois ambos se completam; mas o corpo ultrapassa o registro biológico da vida, sendo o cenário em que as pulsões se materializam e são vivenciadas.

Portanto, por seu erotismo e por sua sexualidade, o sujeito é capaz de ir muito além da possibilidade de reprodução biológica ou das necessidades fisiológicas do corpo. Pelo erotismo é possível morrer de amor, de carência sexual, colocar a vida em risco, repetir padrões afetivos e muito mais. A psicanálise foi capaz de escutar as mais profundas dimensões emocionais, sem

⁸⁶ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

⁸⁷ BIRMAN, Joel. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 22.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem.

as quais a sexualidade é impensável. Será esse o método de escuta psicanalítica que nos acompanhará pelo trabalho na compreensão do vaginismo.

2 O LUGAR DA SEXUALIDADE NA PSICANÁLISE ATUAL

A teoria e técnica psicanalíticas nasceram dos atendimentos que Freud realizava com suas pacientes histéricas. Anna O, Emmy Von N, Miss Lucy R, Elisabeth Von R e Dora foram algumas das importantes pacientes de Freud que o ajudaram na construção teórica da psicanálise no final do século XIX. A descoberta de que a maioria dos pensamentos e desejos reprimidos das histéricas referia-se a conflitos de ordem sexual infantil fez com que a sexualidade fosse posicionada como chave central do desenvolvimento da vida psíquica humana.

Desde o nascimento da psicanálise, o corpo possui seu lugar fundamental na teorização freudiana. O corpo que se apresenta na psicanálise não é apenas o orgânico, mas também o erógeno e o pulsional, centrado nas experiências sexuais infantis. Os desejos infantis mais profundos achariam na conversão sobre o corpo um lugar de expressão, gerando sintomas, os quais configuram a forma camuflada de um desejo inconsciente recalcado se fazer presente novamente. Na psicanálise, há um corpo sexual que carrega a sua biologia, mas também as suas representações psíquicas. Isso significa afirmar que a sexualidade está no cerne da teoria psicanalítica freudiana, desde a sua criação.

Green⁹⁰ apresenta um artigo sob título instigante e provocativo: “Sexualidade tem alguma coisa a ver com psicanálise?”. No texto, ele discute o papel da sexualidade na clínica psicanalítica na contemporaneidade, principalmente na escola inglesa. Aponta a falta de interesse dos psicanalistas sobre tal temática nas publicações a partir da metade do século passado, ressaltando que a sexualidade parece não ser mais considerada um fator preponderante no desenvolvimento infantil e nem um determinante etiológico para a compreensão das psicopatologias.

De lá para cá, assistimos a um desenvolvimento cada vez maior de teorias que trabalham com pacientes não neuróticos, que sofrem de distúrbios de personalidade limítrofe ou distúrbios narcísicos, que não são mais aqueles “neuróticos clássicos” da época de Freud. Conflitos contemporâneos trazem a necessidade de compreensões também contemporâneas, com a ampliação da teoria. Começamos, de fato, a receber no consultório muitos pacientes com tais demandas. Neste contexto, os psicanalistas passaram a valorizar a influência dos aspectos mais precoces das relações objetais do bebê e seus cuidadores como formadoras do psiquismo e das

⁹⁰ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995.

psicopatologias mais graves, como se não houvesse qualquer influência da sexualidade nos momentos iniciais do desenvolvimento, como se tais relações fossem totalmente assexuadas.

Entretanto, referindo-se aos pacientes não neuróticos, Green afirma que

A natureza regressiva de tais comportamentos ou fantasias e suas expressões de atuação não podem esconder o fato de que o cerne de seu significado está na referência aos objetivos genitais com todas as suas conotações conflitantes: a diferença dos sexos e a diferença de gerações, a tolerância à alteridade, o conflito entre desejo e identificação com o objeto, a aceitação da perda de controle no prazer sexual etc. Essas fixações são vistas como reprodução das primeiras relações mãe-bebê, geralmente totalmente assexuadas. Mesmo as fixações orais invocadas são vistas mais à luz de alguma fonte sagrada do que como uma fonte de prazer.⁹¹

Faz parte das mudanças ocorridas na psicanálise o que Thorstensen⁹² chamou de “feminilização” da teoria. Na medida em que analistas mulheres e não médicas foram ganhando espaço no terreno da psicanálise, houve uma mudança na teoria: a vivência edipiana migrou dos primeiros anos para os primeiros meses de vida do bebê. Com o surgimento de Klein e seus seguidores, houve um deslocamento da importância do pai na constituição psíquica do indivíduo para a relação mãe-bebê. A predominância da mãe como representante do mundo externo e fundadora do psiquismo do bebê nas teorias psicanalíticas modernas demonstra o pouco interesse dos psicanalistas em relação aos aspectos pulsionais e sexuais.

Thorstensen defende algumas explicações para o desinteresse dos psicanalistas pela temática pulsional e sexual:

A natureza problemática da teoria instintual de Freud e a dificuldade para reconciliá-la com a teoria de relação de objeto; a resistência inconsciente e o excesso de pudor da comunidade psicanalítica; a influência de Klein e a ênfase na díade mãe-bebê; a frequência com que as patologias *borderlines* se apresentam nos consultórios atualmente e para as quais as interpretações sexuais não são proveitosas.⁹³

Um aspecto curioso e muito presente na clínica de profissionais da área psicológica e psicanalítica é que o elemento sexual, por mais que componha um aspecto central da vida humana, não tem relativa importância dentre os assuntos mencionados em sessão pelo paciente. Muitos são os pacientes que me procuram informando nunca terem abordado sua vida sexual em psicoterapias anteriores e nunca terem sido questionados sobre o assunto por seus psicoterapeutas/psicanalistas. Quando chegam a mim, parecem trazer o pedido de poder falar

⁹¹ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995. p. 220.

⁹² THORSTENSEN, Sonia. **Trabalhos psíquicos na conjugalidade**: a indisponibilidade sexual da mulher com queixa sexual. 2016. 369 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. p. 44.

⁹³ *Ibidem*, p. 45.

mais abertamente sobre sexo com alguém que possa escutá-los. Parece haver uma tendência, por parte dos psicanalistas, de tratarem dos conteúdos sexuais como mensagens simbólicas e não concretas; e o que quer o paciente é apenas poder falar sinceramente das vezes que perdeu a ereção, não chegou ao orgasmo, perdeu seu desejo sexual no meio do caminho, ou não conseguiu relaxar e se deixar ser penetrada em uma relação sexual. Não se pode deixar de pensar no que Freud nos ensinou acerca do recalque na infância, quando afirma que a criança, apesar de muito curiosa quanto à sexualidade dos pais, reprimirá toda sua curiosidade para dar continuidade ao processo de subjetivação. Como aponta Thorstensen⁹⁴, parece que o analista está, inevitavelmente, “colocado diante de sua própria cena primária e de suas curiosidades sexuais reprimidas”, quando está à frente de seu paciente. Os recalques pessoais dos profissionais e um certo puritanismo psicanalítico dificultam a escuta das queixas relacionadas à sexualidade.

A ideia central que marca o início da psicanálise é a de que os pacientes, durante as sessões, raramente mencionavam suas questões sexuais em razão do mecanismo mental nomeado de recalque. Segundo Laplanche e Pontalis⁹⁵, o recalque é o mecanismo por meio do qual as ideias e as representações pulsionais são obrigadas a se manterem no inconsciente; funciona com a finalidade de que se evite o desprazer que pode surgir quando este material retorna, causando assim o desequilíbrio psicológico do indivíduo. Desse modo, o recalque, que busca proteger o princípio de prazer, contorna a realidade angustiante para garantir o bem-estar do aparelho psíquico. As pulsões sexuais, normalmente geradoras de muita angústia, são então recalçadas e não ficam à disposição consciente dos pacientes a maior parte do tempo.

Portanto, a sexualidade não se apresenta na clínica de modo claro e concreto; é preciso ouvir com atenção todas as manifestações do paciente para ser possível localizar a raiz sexual presente em seus conflitos. Freud⁹⁶, em seu artigo intitulado “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, apresenta a principal técnica de escuta psicanalítica – a atenção flutuante – como a forma mais provável de acesso aos aspectos inconscientes dos pacientes. A atenção flutuante consiste em não fixar a atenção em algum material específico trazido pelo

⁹⁴ THORSTENSEN, Sonia. **Trabalhos psíquicos na conjugalidade**: a indisponibilidade sexual da mulher com queixa sexual. 2016. 369 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. p. 46.

⁹⁵ LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulário de psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

⁹⁶ FREUD, Sigmund. (1912). **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 67-73.

paciente, mas sim em deixar a mente livre para captar aquilo que é dito nas entrelinhas do discurso.

Como assevera Green⁹⁷, “observar é estar em conexão com a realidade externa. Ouvir é entrar em contato com a realidade psíquica”. O autor demonstra ainda que o trabalho na clínica psicanalítica pode ser difícil de ser executado, seja pela maior atenção dada aos aspectos mais conscientes, seja pelo distanciamento quanto ao tema. Em suas palavras:

Muitas vezes preferimos a certeza de nossa visão acanhada – que esquece da repressão – às incertezas do subsolo obscuro. Preferimos abrir mão da profundidade do mundo psíquico inobservado, e por vezes inobservável, com a finalidade de nos orgulharmos de nossas descobertas sobre os aspectos mais superficiais da vida psíquica, não nos preocupando com o tributo que temos que pagar por essa escolha.⁹⁸

Mesmo na clínica de mulheres com disfunções sexuais que me procuram já com essa queixa pré-estabelecida, o que observo é que, com o tempo, as pacientes vão se distanciando do sexual, como se a queixa principal fosse ficando para trás. Ou então, constrói-se uma enorme resistência de se conscientizar acerca de sua própria queixa. Portanto, por mais que conteúdos sexuais conscientes não apareçam, eles estão presentes por meio das pulsões que estimulam a mulher na direção de seus pensamentos, desejos, escolhas amorosas, de trabalho, ou mesmo na formação dos sintomas. Como propõe Green⁹⁹, a sexualidade, com todas as suas manifestações ao longo de uma vida, é um estímulo extraordinário para o pensamento, dando origem a todos os tipos de fantasias que formam um poderoso estímulo ao trabalho psíquico. Green¹⁰⁰ então concorda que não parece razoável pensar no declínio da influência da sexualidade sobre a mente humana, apesar da obscuridade de suas manifestações.

Thorstensen¹⁰¹ discute a importância da temática da sexualidade para os terapeutas de casal, configurando esta uma parte inevitável de sua atuação profissional, pois o que define a vida adulta e a união marital é a sexualidade, mesmo quando não há sexo na relação. O sexo faz parte da identidade e da intimidade do casal e é uma forma de conexão com o outro e consigo mesmo. Também é por meio do sexo que o casal poderá desconectar-se ao descobrir uma traição ou mesmo quando o sexo se torna desinteressante e desmotivador. Logo, não há como fugir das

⁹⁷ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? *International Journal of Psychoanalysis*, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995. p. 223.

⁹⁸ Ibidem, p. 219.

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ THORSTENSEN, Sonia. **Trabalhos psíquicos na conjugalidade**: a indisponibilidade sexual da mulher com queixa sexual. 2016. 369 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

questões sexuais quando trabalhamos com o humano e suas relações com os seus objetos amorosos.

Podemos retomar Freud¹⁰², em seu texto de 1930, sob o título “O mal-estar na civilização”, quando este aponta que as diversas formas de buscar a felicidade relacionam-se com a procura pelo prazer no contato com os outros seres humanos. A experiência amorosa é fundamental para a formação e organização do psiquismo, surgindo vinculada às experiências sexuais e eróticas. Amar será tanto fonte de prazer quanto de sofrimento, pois implica se tornar indefeso diante da possibilidade de perder o objeto amor. Sobre a importância do amor sexual na experiência humana em busca de satisfação, Freud acrescenta que:

Uma atitude psíquica desse tipo surge naturalmente para todos nós; uma das formas nas quais o amor se manifesta, o amor sexual, nos ofereceu nossa experiência mais intensa de uma avassaladora sensação de prazer e assim nos forneceu um padrão para nossa busca de felicidade. O que seria mais natural do que persistirmos em procurar a felicidade na trilha na qual nós primeiramente a encontramos?¹⁰³

Na psicanálise freudiana, o conceito de pulsão está na base de toda a teoria da psicosexualidade. O mundo pulsional é aquilo que molda o sujeito, sendo o eu/indivíduo resultado das relações entre as pulsões e o mundo externo. A condição humana psicosexual é aberta e processual, e seu desenvolvimento poderá ser conquistado ao longo do tempo nas relações com os objetos amorosos localizados fora de si mesmo. A matriz psíquica do sujeito se estabelece na relação intensa e sexual com o adulto cuidador da criança, seja mãe, pai ou substituto destes. A condição de desamparo total de todos os seres humanos no princípio da vida cria condições especiais para que o bebê constitua seu intenso vínculo amoroso e sexual com seus cuidadores. A pergunta então seria: como não amar intensamente aquele de quem eu dependo completamente e com quem eu tenho as primeiras experiências de prazer e satisfação? Não é razoável não levarmos em consideração toda a sexualidade vivida em tais experiências como fundadoras do psiquismo humano.

A psicanálise da escola inglesa, por se distanciar das experiências da psicosexualidade e dar ênfase na abordagem das relações entre sujeito e objeto, tem caminhado para se tornar cada vez mais uma teoria que aborda apenas a dimensão psíquica, criando uma distância importante no que se refere à participação do corpo na formação da subjetividade humana. No entanto, a ideia postulada por Freud¹⁰⁴ é a pulsão como representante do psíquico e do somático,

¹⁰² FREUD, Sigmund. (1930). O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 39-92.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 47.

¹⁰⁴ FREUD, Sigmund. (1915). Instintos e suas vicissitudes. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 67-84.

não sendo nem um e nem o outro, mas uma construção da união entre os dois aspectos. A pulsão é característica tipicamente humana, que funda o psiquismo em consequência de suas conexões com o corpo. Mente e corpo caminham juntos, desde os primórdios da vida, tal como será abordado mais detalhadamente no capítulo IV - O corpo sexual na histeria.

Green¹⁰⁵ demonstra, como conclusão, que a sexualidade em suas diversas manifestações ao longo da vida é um extraordinário estímulo ao pensamento e à imaginação, de modo que não pode ser diminuída em sua importância na vida mental das pessoas.

No plano individual, a fantasia desempenha um papel semelhante. Seu potencial de transformação constrói um pensamento complexo, que é o incitamento mais poderoso para o trabalho psíquico [...] É oposto àquele que se pode alcançar apenas através da linguagem e de processos secundários. Como vemos, nenhuma outra qualidade psíquica pode desempenhar papel semelhante. Parece razoável pensar que o lugar e a influência da sexualidade não podem ser reduzidos, a despeito da obscuridade de suas manifestações, muitas delas ocultas.¹⁰⁶

No trabalho com disfunções sexuais femininas, a conexão mente-corpo está presente na maior parte do tempo, já que os dois aspectos surgem interligados, intercomunicando-se e se influenciando mutuamente. É comum alguns ginecologistas cuidarem das pacientes com dificuldades sexuais, considerando haver apenas aspectos orgânicos causadores do sintoma, assim como temos psicólogos que se incumbem integralmente da solução desses casos, desconsiderando os aspectos corporais/biológicos e sua interligação com a mente. Parece não ser uma tarefa fácil estabelecer a conexão de dimensões tão diferentes na compreensão do caso de cada paciente.

Temos assistido a um crescimento importante da fisioterapia no trabalho de mulheres com dificuldades de penetração. No âmbito da fisioterapia, a especialidade de fisioterapia pélvica utiliza técnicas de massagem perineal, manipulação do canal vaginal, eletroestimulação e a dessensibilização sistemática com o uso de dilatadores vaginais, com o objetivo de recuperar a função adequada da musculatura do assoalho pélvico. Esse importante trabalho auxilia mulheres que sofrem de vaginismo a enfrentarem o desconhecimento e o distanciamento de seu corpos. Mas quando esses profissionais cuidam apenas de um corpo que dói, acabam fragmentando uma dimensão humana que necessita ser compreendida em sua integralidade. Posso grandes colegas fisioterapeutas que, por sorte, dividem comigo suas pacientes e trabalhamos lado a lado, discutindo casos e buscando sempre um olhar mais aprofundado que se complementa. Felizmente, a minha trajetória profissional oportunizou encontro com muitas

¹⁰⁵ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? **International Journal of Psychoanalysis**, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995.

¹⁰⁶ Ibidem, p. 223.

profissionais competentes, de diversas áreas, semeando um solo que se tornou fértil de discussões e trocas mútuas.

Entretanto, os apelos de uma sociedade de consumo são grandes e muitos *sites* anunciam essa modalidade de tratamento, que se multiplicou rapidamente nos últimos anos, vendendo uma solução rápida e prática para o vaginismo. Afinal, desde a época de Masters e Johnson, a ciência sexual tornou-se um produto a ser vendido e consumido por pessoas sedentas pelos prazeres que a vida sexual poderia proporcionar. Parece ser bem mais fácil desmembrar o ser humano e suas patologias em diversas caixinhas do que reconhecer que os campos do somático e do psíquico estão irremediavelmente indissociados, tal como aponta a psicanálise original freudiana.

Portanto, a teoria freudiana ainda é aquela que nos apresenta um direcionamento teórico mais favorável para a compreensão dos quadros de dificuldades sexuais em geral e das mulheres com dificuldades de penetração. A histeria, originalmente estudada por Freud no princípio da psicanálise, apresenta-nos um modelo clínico em que o somático se funde ao psíquico, desencadeando sintomas corporais. Este modelo clínico ajudar-nos-á no entendimento acerca das mulheres que apresentam dificuldades de penetração.

3 HISTERIA: UMA HISTÓRIA A SER CONTADA

Nas últimas décadas, a existência da histeria tem sido questionada, sob o argumento de que no contexto social atual não há mais os mesmos conflitos repressivos do que na época de Freud. De fato, a histeria foi sendo deixada de lado ao mesmo tempo em que os manuais classificatórios da psiquiatria retiravam de suas páginas a categoria da neurose. No âmbito da própria psicanálise, em função de uma tendência dessexualizante, tal como mencionado no capítulo anterior, a histeria deixou de despertar a atenção dos analistas por um longo período. Entretanto, nos últimos tempos, tem havido um renovado interesse nessa questão, levando-se em consideração as mudanças culturais e históricas que permitem a compreensão das novas formas em que se apresenta a histeria atualmente¹⁰⁷.

O vaginismo apresenta-se em um corpo que não quer ser penetrado, mesmo que a boca manifeste este querer. Seria o vaginismo uma nova forma de histeria, ou sempre esteve presente desde Freud e mudou muito pouco de lá para cá? Seria um corpo erotizado às avessas, na negação de sua sexualidade? Isso seria possível atualmente, depois de tantas conquistas sociais femininas? Neste sentido, farei uma revisão histórica, trazendo as diversas teorias sobre a histeria no decorrer dos tempos, procurando demonstrar que essa psicopatologia não pode ser pensada fora de seu momento cultural e histórico presente.

Para iniciar a abordagem sobre a histeria e seus desdobramentos pelas épocas históricas, vale lembrar um episódio ocorrido em Morzine, na França no século XIX, acontecimento relatado por Silvia Fendrik¹⁰⁸ em seu livro “Santa anorexia: viagem ao país do nunca comer”.

No povoado de Morzine, jovens de um colégio interno de freiras começam a agir de forma estranha. Elas vomitam, dizem impropérios e palavrões, não se alimentam, arrastam-se pelo chão e afirmam estarem possuídas pelo demônio. Mais de 200 casos como esses são constatados na cidade, que confirma então uma epidemia de “possessão demoníaca”. Nessa ocasião, o discurso religioso, outrora muito influente, já não tinha tanta prevalência, sendo a medicina a área que se incumbia das patologias do corpo. No entanto, essa epidemia que durou 20 anos gerou fortes conflitos entre os poderes religioso, médico e político, em uma tensão para identificar quem era o responsável por dar conta do que estava acontecendo. As jovens solicitavam à Igreja o exorcismo, o que era recusado por uma ala de padres já mais progressistas, que não acreditavam que o demônio poderia possuir o corpo das mulheres. Essas

¹⁰⁷ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

¹⁰⁸ FENDRIK, Silvia. **Santa anorexia: viagem ao país do nunca comer**. Trad. Vera Alejandra Biglione. São Paulo: Via Lettera, 2003.

mulheres eram então encaminhadas aos médicos – que criaram uma classificação diagnóstica para tais sintomas, chamada de “histerodemonopatia” – que tinham as suas estratégias educativas e medicamentosas de cura para tal fenômeno. No entanto, quando nada funcionava, o que restava era o apelo às autoridades política e militar. As autoridades regionais estavam preocupadas com a doença, que era tida como estranha e contagiosa, sendo necessário, portanto, o reestabelecimento da ordem. Então, um representante do poder das metrópoles chega acompanhado de policiais e determina que as enfermas sejam separadas e distribuídas em hospitais diferentes ou que sejam enviadas para a casa de parentes, buscando assim evitar o contágio das demais pessoas. Esse recurso de dispersão, no entanto, não tem êxito e os casos voltam a se multiplicar. Neste momento, o discurso médico ganha força e as demonopatas são reconhecidas como histéricas¹⁰⁹.

Esse episódio narrado revela as tensões na busca por entendimento da psicopatologia que atualmente é chamada de histeria, mas que em diversos momentos históricos esteve presente, fosse com outras roupagens, outros nomes ou outras compreensões. Bruxas, teólogos, médicos, psiquiatras e psicanalistas se ocuparam da histeria ao longo do tempo. As histéricas já foram queimadas nas fogueiras da inquisição, já foram acusadas de simulação e fingimento pelos médicos, bem como já tiveram sua liberdade cerceada em hospícios, até o momento em que entra em cena a psicanálise, propondo uma compreensão psíquica e, a meu ver, mais acolhedora para os fenômenos históricos.

3.1 Dos gregos a Freud

A histeria sempre esteve presente na história da humanidade, apresentando-se por meio da constante curiosidade ou preocupação com as manifestações do corpo feminino. Em sua etimologia, *histeria* deriva do grego *hystera* – útero. Na antiguidade, o útero era concebido como um animal no interior do corpo da mulher, um órgão andarilho que passeia pelo corpo todo “sufocando os órgãos”, deixando diversas doenças por onde passa. Ao passear pelo fígado, causaria vômitos, pelos pulmões, falta de ar, pelo coração, desmaios, além de uma série de outros sintomas, tais como paralisias, dormências e dificuldades de visão, que seguiam essa mesma lógica. “A terapêutica empregada era a inalação de perfume ou cheiros fétidos,

¹⁰⁹ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

fumigador de vapores na proximidade da vulva, para que o útero andarilho retornasse ao seu lugar de origem”¹¹⁰.

Hipócrates¹¹¹ (460 a.C. a 377 a.C.), autor responsável por dar à medicina uma abordagem científica, reconhece como válida a teoria do útero andarilho, aplicando as mesmas terapêuticas dos antigos. Ele explicava a relação entre saúde e doença pela existência de quatro fluídos principais do corpo (humores): sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. De acordo com o predomínio natural destes humores na constituição dos indivíduos, teríamos os diferentes tipos fisiológicos: o popular sanguíneo, o sereno fleumático, o forte colérico e o perfeito melancólico. A relação entre tais substância precisaria estar equilibrada para que o indivíduo gozasse de boa saúde. Para as mulheres, a regularidade da menstruação e das relações sexuais influía diretamente nesse equilíbrio. Hipócrates entendia o corpo da mulher como sendo feito de um tecido mais esponjoso, que permitiria uma maior retenção de fluídos. O homem, por sua vez, possuiria um corpo mais denso e compacto, menos suscetível à influência dos fluídos. Portanto, para Hipócrates, a mulher era um ser muito mais suscetível à influência dos humores¹¹².

Apesar de não utilizar o termo *histeria*, as descrições das doenças de sufocação feitas por Hipócrates já apresentavam uma referência aos sintomas histéricos. Ele usava a expressão “sufocação da matriz”, sendo o termo *histeria* utilizado somente muito tempo depois; foi Littré, filósofo francês no século XIX, que o empregou pela primeira vez.

Platão¹¹³ (428 a.C. a 348 a.C.), filósofo que refletia sobre a natureza humana, descrevia a alma estando associada ao corpo, padecendo da relação com este. Assim, quando o corpo está mal, a alma também poderá ficar doente. A alma, na perspectiva de Platão, tinha três partes: uma Alma Racional, localizada na cabeça; a Alma Irracional, que rege o coração; e a Alma Concupiscente, que rege o baixo ventre. Quanto mais nos afastamos da Alma Racional, mas descemos em direção à Alma Concupiscente, aproximando-nos da animalidade. A mulher, segundo Platão, caracteriza-se por ter em seu ventre um animal sem alma, indicando uma visão do feminino como aquela que se deixa levar por seus impulsos e pela natureza de sua sexualidade¹¹⁴.

¹¹⁰ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 25.

¹¹¹ Informações da obra de Hipócrates sob o título *Corpus Hipocrattium*, que fornece tratados médicos e conferências sobre medicina e filosofia.

¹¹² CANUTO, Angela. **Aprendendo com Hipócrates**: aspectos da história da medicina. Maceió: Edufal, 2009.

¹¹³ Informações da obra de Platão sob o título *Timeu*, que apresenta ideias sobre a natureza do mundo físico e os seres humanos.

¹¹⁴ ALONSO; FUKS, *op. cit.*

Para Aristóteles¹¹⁵ (384 a.C. a 322 a.C.), a alma também era dividida em três partes: a Alma Vegetativa, que regula as atividades biológicas e é responsável pelos instintos, crescimento e reprodução; a Alma Sensitiva, relacionada aos animais e responsável pelas sensações e coordenação dos movimentos corporais; e a Alma Intelectual ou Pensante, presente exclusivamente nos seres humanos e marcada pela capacidade de pensar. Na ótica de Aristóteles, o corpo feminino é considerado como semelhante ao masculino, porém de forma inacabada, incompleta, já que não teria havido calor suficiente para completar o desenvolvimento de seu órgão genital. Mulheres teriam pênis e testículos internos, os quais não puderam se desenvolver adequadamente, sendo a fêmea, portanto, uma espécie de macho mutilado. A mulher contribuía de forma passiva para a concepção, com seu sangue menstrual, pois era o esperma masculino (substância da alma) o principal responsável pela criação de um novo ser¹¹⁶.

Acerca dessa visão sobre a mulher que imperava à época, Alonso e Fuks afirmam que, para Aristóteles,

[...] a mulher não é mais que um vaso que acolhe o sêmen masculino. Terão de passar mais de quatro séculos para que a medicina inclua, no conjunto de seus conhecimentos, o funcionamento do órgão sexual feminino.¹¹⁷

Schmitz¹¹⁸, ao compartilhar uma visão parecida com a de Alonso e Fuks, menciona que Hipócrates e Platão não fizeram mais do que retomar antigas crenças sobre a mulher. As mudanças históricas que influenciaram na compreensão do feminino parecem terem sido mais lentas do que em outros fenômenos humanos.

No século I, Sorano de Éfeso, um médico ginecologista grego, publicou uma obra chamada “Tratado das Doenças das Mulheres”, em que realizou uma boa descrição dos órgãos genitais femininos, relacionando-os à menstruação, à gravidez, ao parto e ao aleitamento, incluindo a informação de que o desejo sexual da mulher era necessário para que uma gravidez acontecesse. Era compreendido por ele que, “do mesmo modo que não pode haver ejaculação por parte do homem sem excitação, também não pode ocorrer que a mulher conceba sem desejo”¹¹⁹. Apesar do pequeno avanço, as descrições dos corpos masculinos e femininos eram

¹¹⁵ Informações da obra de Aristóteles sob o título *De Generatione Animalium*, que fornece um relato da reprodução animal, gestação e hereditariedade.

¹¹⁶ LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

¹¹⁷ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 26.

¹¹⁸ SCHMITZ, Erik Dorff. Uma breve história da histeria: da antiguidade até os tempos atuais. **Revista Mosaico**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 227-238, 2021.

¹¹⁹ ALONSO; FUKS, *op. cit.*, p. 27.

precariamente feitas recorrendo-se à comparação entre ambos, o que impedia o reconhecimento mais preciso do corpo feminino.

No século II, Galeno¹²⁰ refutou a ideia de que a matriz/útero vagueasse pelo corpo da mulher como um animal, atribuindo a origem da histeria à retenção da semente feminina (o equivalente ao esperma masculino), que poderia causar mal para todo o corpo. Apesar de ser anatomista profissional, Galeno, influenciado pela visão aristotélica, via uma espécie de paridade topográfica entre os corpos masculino e feminino, traçando uma comparação entre os olhos da toupeira (animal de pequeno porte que apresenta a visão pouco desenvolvida) e os órgãos genitais femininos.

Ele [Galeno] diz que os olhos da toupeira têm a mesma estrutura dos olhos dos outros animais, só que toupeira não enxerga. Seus olhos não abrem, não se projetam, mas continuam ali, imperfeitos. A genitália da mulher também não abre e permanece em uma versão imperfeita do que seria se fosse projetada para fora. Os olhos da toupeira permanecem como os dos outros animais quando ainda estão no útero, portanto, seguindo a lógica, o ventre, a vagina, os ovários e as partes pudendas externas permanecem para sempre como se ainda estivessem dentro do ventre.¹²¹

Essa forma de compreensão da mulher e de seu corpo permanecerá durante boa parte da Idade Antiga, ganhando novas formas a partir da Idade Média. A ligação da sexualidade com os sintomas histéricos sempre esteve presente na forma de pensar a mulher, desde o princípio da humanidade, mas é na Idade Média que a figura da bruxa se associará ao feminino.

A Idade Média é marcada pelo domínio da Igreja Católica, que ganha força política e poder sobre a sociedade. A religião católica é organizada de forma a permitir apenas aos homens o alcance aos mais altos postos hierárquicos da Igreja. Já às mulheres da época cabia a função de orar, bem como a santidade e o recato. A Igreja retoma os conceitos da antiguidade e reforça o estereótipo da mulher vista como instável, ligada às emoções e ao sexual, de forma que haveria a necessidade de uma constante vigilância sobre seus atos.

O funcionamento biológico da mulher associado aos ciclos naturais e à capacidade de gerar vidas ofereceu uma compreensão do feminino muito próxima aos fenômenos da natureza. Mulheres estariam mais conectadas com o cosmos, seriam mais intuitivas, mais emocionais e, portanto, mais sexuais, em contrapartida à racionalidade atribuída ao aspecto masculino. Por

¹²⁰ Informações da obra de Galeno de Pérgamo sob o título *De uso partium corporis humani*, que traz relatos sobre investigações médicas e anatômicas do período romano.

¹²¹ LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. p. 43.

meio desse olhar, cria-se a imagem da bruxa medieval, que ameaça a superioridade racional masculina¹²².

Em um dos mitos cristãos mais antigos da história¹²³, Eva, a primeira habitante feminina da terra, foi seduzida e convencida pelo diabo a desobedecer a ordem divina de não comer o fruto da árvore do conhecimento, além de levar Adão ao pecado. Portanto, além de ser suscetível à sedução diabólica, ainda carrega a responsabilidade de ter instigado seu marido ao pecado. Tal atitude teria os levado à perda do paraíso e à condenação de toda a humanidade a uma vida de dor e de trabalho¹²⁴.

O Malleus Maleficarum, manual de inquisidores, escrito no século XIV, mais conhecido como “Martelo das Feiticeiras”, descrevia as bruxas desta forma:

Copuladora, a bruxa é a mulher perversa que ardentemente tenta saciar sua lascívia obscena, aquela cuja cobiça carnal é causa de infidelidade e cujo fascínio desmedido pela concupiscência faz dela alegoria da ambição e da luxúria. Sortilégios, encantamentos, adivinhações, práticas de sedução, voos noturnos, desembocam no ato carnal da junção de corpos e sexos. Mulher fatal, mortífera e causadora da perdição, com a qual se contaminaram os reis e que inebriou os habitantes da terra com o vinho de sua luxúria.¹²⁵

A prática da feitiçaria esteve intimamente vinculada à natureza feminina na Idade Média, em que toda mulher poderia ser considerada uma bruxa em potencial. Foram acusadas de desafiar a medicina iluminista construída a partir da ciência e da razão, em virtude de suas curas por meio de poções mágicas feitas de ervas naturais. Elas possuíam um saber que ameaçava aquele estabelecido pelo cristianismo e que estava nas mãos dos homens. Mas era sobre a sexualidade que recaíam os mais pesados julgamentos e punições. Mulheres mais velhas que praticavam sexo após a menopausa ou aquelas que executavam posições sexuais diferentes da única que a igreja considerava legítima (o homem sobre a mulher) eram consideradas bruxas. Historicamente, sabe-se que entre os séculos XIV e XVIII, muitas vítimas foram queimadas nas fogueiras da Inquisição sob a acusação de prática da feitiçaria, sendo em sua maioria mulheres. Apenas muito tempo depois, no século XIX, a literatura médica incluirá os casos de possessão e feitiçaria no quadro nosográfico da histeria. Mas atualmente podemos afirmar, tal

¹²² SILVA, Tayla Souza. **O feminino encarcerado**: da violência patriarcal à violência institucional. 2013. 117 f. Monografia (Bacharelado em Direito) – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

¹²³ *Gênesis* é o primeiro livro da bíblia – tanto hebraica como cristã – que narra a história de criação do mundo e do ser humano por meio do mito de Adão e Eva.

¹²⁴ MARTINS, Nereida Soares. A maldição das filhas de Eva: uma história de culpa e repressão ao feminino na cultura judaico-cristã. In: ENCONTRO ESTADUAL DA ANPUH - HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA: ENTRE O NACIONAL E O REGIONAL. 13., 2008, Guarabira, PB. Universidade Federal da Paraíba. **Anais** [...]. ANPUHPB, 2008, p. 1-10.

¹²⁵ ZORDAN, Paola Basso Menna Barreto Gomes. Bruxas: figuras de poder. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 331-341, 2005. p. 334.

como citam Alonso e Fuks¹²⁶, que “entre as bruxas que ameaçavam o mundo medieval e que foram enviadas para a fogueira, certamente muitas eram histéricas”.

Ao fazer uma aproximação dos casos de histeria com a imagem da bruxa na Idade Média, Zordan apresenta a seguinte descrição:

Com sua gargalhada estridente, pode-se dizer que a bruxa é personagem conceitual da psicanálise e das psicologias; a bruxa-histérica e suas disfunções da libido são os extremos, o choro e o riso, o mutismo e o rumor, a crueldade e a compaixão, oscilações que configuram os humores femininos presos à matéria instável, sujeitos ao tempo e às mutações que o homem pouco controla. É uma figura que transita no pantanoso terreno do irracional, da carne e da animalidade.¹²⁷

Já no Renascimento, mudanças significativas no modo de perceber o mundo estavam acontecendo, pois o pensamento até então teocêntrico, motivado pela influência da Igreja, abre espaço para uma visão antropocêntrica de mundo, em que o homem assume papel predominante em relação ao mundo. Com o declínio do poder da Igreja Católica, gradativamente o discurso médico-científico ganha terreno e inicia-se novamente uma batalha para se decidir se os casos de histeria seriam considerados uma possessão ou uma doença mental. Nesse momento histórico do Renascimento, a medicina ainda se mostra influenciada, em algum nível, pelo discurso religioso. Como pontuam Alonso e Fuks¹²⁸, o médico alemão Johann Weyer, no século XVI, assumiu a defesa das mulheres “possuídas”, considerando-as doentes mentais, causando a oposição de teólogos que ainda compreendiam tal manifestação como uma possessão demoníaca.

As teorias do cérebro, no entanto, começam a surgir lentamente, atribuindo ao mau funcionamento desse órgão a origem das doenças mentais e dos fenômenos histéricos. As teorias do cérebro se misturam com as teorias de sufocação de Hipócrates e Galeno, que continuam sendo aceitas e, agora, fazem parte do meio médico e científico. Nas teorias uterinas de sufocação, os fermentos seminais dos órgãos genitais seriam responsáveis pela produção de vapores histéricos que, a depender do lugar por onde se distribuem no organismo, causam doenças e interferem no humor. Se houver uma distribuição equilibrada dos vapores pelo corpo, a pessoa se torna doce, amorosa e sem problemas sexuais, em contrapartida a quando os vapores se acumulam em um determinado órgão. Nas situações de abstinência sexual, a semente acumula-se e fermenta, transformando-se em vapores que migram até o cérebro.

¹²⁶ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 29.

¹²⁷ ZORDAN, Paola Basso Menna Barreto Gomes. Bruxas: figuras de poder. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 331-341, 2005. p. 338.

¹²⁸ ALONSO; FUKS, *op. cit.*

O útero, então, é visto como um organismo vivo, que possuía vapores que desciam para os órgãos genitais durante as relações sexuais, sendo a abstinência sexual a causa da subida de tais vapores para o cérebro, provocando ataques, espasmos e contorções. A histeria era vista como diretamente associada à falta de atividade sexual, principalmente para as mulheres.

Quando mulheres eram acometidas de ataques histéricos, logo indagava-se se estavam em abstinência sexual, voluntária ou forçada, seja por falta de um parceiro, ou por algum preceito moral ou religioso. A atividade sexual era recomendada pelos médicos, ou se não fosse possível, indicava-se a prática de exercícios físicos, chás e alimentos leves. O saber sobre a histeria começa a mostrar e estereotipar a relação que se cria entre tal mal e a sexualidade feminina, seus desejos e comportamentos.¹²⁹

No século XVII, o médico Tomas Sydenham desenvolve as teorias do cérebro e afirma que a causa do sintoma histérico estaria na desordem das emoções, a qual ele chama de espíritos animais. A cólera, o medo, a paixão ou qualquer outra emoção violenta eram vistas Como o desencadeador das crises histéricas, apontando, dessa forma, para uma dessexualização da teoria e para uma mudança para a etiologia mental desta patologia. É o primeiro estudioso da histeria que a compreende tal qual a entendemos atualmente, como uma manifestação de conflitos psíquicos¹³⁰.

Assim, a teoria dos vapores uterinos vai sendo abandonada dados os avanços da neurologia, que destacam o cérebro como o órgão nobre do pensamento responsável pelas “doenças nervosas”. William Cullen, médico escocês do século XVIII, passa a definir a histeria como uma doença nervosa e utiliza pela primeira vez o termo “neurose”.

Por mais que mudanças tenham ocorrido na tentativa de desviar o foco da histeria para longe dos órgão genitais e da sua sexualidade, o discurso médico e classificatório permanece preso aos antigos dogmas e preconceitos. Em 1786, já na era moderna, o médico Bienville publicou a obra de título “A Ninfomania: o tratado do furor uterino”, na qual faz uma relação direta da histeria com a ninfomania. Para o autor, a mulher que sofre de histeria ou de ninfomania está claramente sedenta de relações sexuais, podendo se tornar agressiva caso um homem se recuse a satisfazer seus desejos. Aponta que a mulher frustrada em seus desejos é lançada ao furor e ao ódio, sendo capaz de perseguir, caluniar e de macular a imagem do homem que a frustrou. Nas palavras do autor, a mulher “após ter feito mil tentativas contra seu sossego e sua honra, deixa-se arrebatada com ímpeto e sem reservas pela tentação cruel de uma vingança

¹²⁹ SCHMITZ, Erik Dorff. Uma breve história da histeria: da antiguidade até os tempos atuais. **Revista Mosaico**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 227-238, 2021. p. 229.

¹³⁰ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

alucinada para redimir o orgulho ferido”¹³¹. A mulher e sua sexualidade são, desde os tempos antigos, associadas ao mal, ao perigo e ao desequilíbrio emocional.

Ao longo do século XIX, a forma de compreender a histeria vai se alterando gradualmente, em uma tentativa de quebrar preconceitos quanto à interpretação que se fazia das doenças do sexo feminino. Entretanto, desde os filósofos gregos da antiguidade, a histeria, vista como a doença do útero e pertencente apenas ao universo feminino, mantém-se no discurso médico e vai sendo modificada somente aos poucos.

Paul Briquet (1796-1881), médico do Hospital da Charité, também é um dos primeiros a afastar a sexualidade e o órgão uterino como aspectos de origem da histeria, apontando que as emoções violentas, o amor frustrado e os conflitos familiares são fatores bem mais importantes nessa patologia. A seu ver, as mulheres são mais propensas à histeria por serem mais “sentimentais”, sendo o seu corpo apenas a sede de seu espírito “sensível”. Ao rejeitar as teoria uterinas, Briquet afirma que a histeria é uma neurose do encéfalo, acreditando que lesões nervosas poderiam ocasionar tal patologia. Ele também foi o primeiro a mencionar cientificamente a existência da histeria masculina¹³².

Franz Anton Mesmer (1734-1815), médico austríaco, desenvolveu a teoria do “magnetismo animal”, sendo o precursor das terapias por meio da hipnose. A utilização da hipnose na cura da histeria marcou a medicina do século XIX, tendo Freud também se utilizado dela no início de seus estudos. A teoria de Mesmer afirmava que todos os corpos dos indivíduos são dotados de um fluxo energético (fluido universal) que, quando em desequilíbrio, levava à histeria. Mas esse mesmo fluxo energético, quando bem aplicado, era capaz de exercer poderosa influência sobre os outros, podendo inclusive curar distúrbios nervosos. No início, Mesmer usava imãs nos tratamentos, acreditando que esses objetos concentravam um fluido energético mágico; posteriormente, apenas um gesto de suas mãos era suficiente para fazer os pacientes receberem sua força magnética curativa. Admirado por seus pacientes, mas considerado um charlatão pela comunidade médica, Mesmer foi obrigado a deixar Viena em 1778, sob suspeitas de que os fluxos energéticos não existiam e o que efetivamente curava os pacientes vinha da fé nos poderes do médico¹³³.

¹³¹ BIENVILLE (1999) *apud* SCHMITZ, Erik Dorff. Uma breve história da histeria: da antiguidade até os tempos atuais. **Revista Mosaico**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 227-238, 2021. p. 230.

¹³² ALONSO, Sílvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

¹³³ MENDONÇA, José Lorenzato. Breve história da psicossomática: da pré-história à era romântica. **RMMG – Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 119-125, 2004.

Apesar da fragilidade de sua teoria, a prática do magnetismo animal ganhou espaço, despertando interesse em toda a sociedade e fomentando o que posteriormente veio a ser empregado na hipnose. Apesar das controvérsias quanto à técnica de Mesmer, uma importante constatação começava a ser delineada, a saber: a natureza íntima e especial que caracterizava a relação entre médico e paciente, o que fazia das sugestões do médico algo poderoso e de grande impacto sobre a paciente. Estavam ali as sementes do conceito de transferência, presente mais à frente na teoria psicanalítica freudiana.

Em 1843, na Inglaterra, o médico escocês James Braid substituiu a teoria do fluído da histeria pela ideia de estimulação físico-químico-psicológica da doença, mostrando a inutilidade das intervenções do tipo magnética. Braid começou, então, a utilizar a hipnose no trabalho com pessoas que sofriam das doenças nervosas, evidenciando tal estratégia em seus trabalhos científicos.

Assim, com o passar dos anos, a hipnose vai sendo instituída como forma de tratamento das doenças nervosas no século XIX. Charcot (1825-1893), médico neurologista francês, trabalhou por 30 anos no Hospital de Salpêtrière praticando a hipnose com mulheres consideradas histéricas. A fim de comprovar suas hipóteses acerca da histeria, ele se utilizava da hipnose tanto para suscitar os sintomas histéricos quanto também para suprimi-los, demonstrando, desta forma, o caráter neurótico da doença. Charcot sustentava a hipótese de que a histeria era uma neurose, causada por aspectos mentais, mas sem ainda conseguir identificar as causas psíquicas da doença.

Charcot fazia a apresentação dos doentes, em sua maioria mulheres, em seu seminário que acontecia semanalmente às terças-feiras, no qual estavam presentes médicos vindos de toda a Europa. Com o tempo, os seminários se transformaram em um verdadeiro palco de espetáculos, em que convulsões, paralisias, falta de ar e sintomas sem explicação aparente eram provocados a pedido do médico e, posteriormente, removidos mediante hipnose. Tal como em um *show* de exibicionismo, Charcot foi acusado de fixar a imagem da histeria em seus sintomas e manifestações aparentes, levando pouco em consideração o sofrimento daquelas mulheres e estando pouco interessado em aliviar tais sintomas.

Alonso e Fuks mencionam o seguinte exemplo:

Augustine, uma jovem mulher que fora estuprada pelo amante da mãe aos 13 anos e que, alguns dias depois, apresentava ataques convulsivos que repetia a pedido de Charcot nas apresentações. Nessas, Augustine reproduzia a cena do estupro, com contorções acompanhadas de injúrias: “Porco! Porco!... está me machucando... Ele me abria as pernas... Eu não sabia que era um bicho que ia me morder...” Ao repetir

esta cena 154 vezes num dia, lança acusações a Charcot: “Você disse que me curaria, não era isso?”.¹³⁴

Apesar das críticas, Charcot proporciona à histeria o estatuto científico de doença mental neurótica, libertando as histéricas da acusação de simulação de suas crises. A partir de então, a histeria afastava-se definitivamente das antigas teorias de uma doença de origem uterina e tipicamente feminina, podendo, desta forma, também acometer homens. Também é mérito de Charcot afirmar que os sintomas histéricos não são causados por lesões orgânicas e que, portanto, não há uma correlação entre a dor psíquica e um órgão supostamente lesionado. Mas, na medida em que Charcot faz da histeria uma entidade de caráter científico neurológico, distanciando-se da origem uterina da doença, acaba afastando-se também das causas sexuais que poderiam estar na etiologia desta.

Ainda distante de traçar as relações da histeria com as causas psíquicas, Charcot parece não dispor de instrumentos para levar alívio ao sofrimento das histéricas. Alguns autores do século XIX, tais como Kraepelin (1855-1926) e Janet (1859-1942), colaboraram ao apontar a dimensão histórica e pessoal como fundamentais para a origem da histeria, passando a reconhecer uma etiologia psíquica para essa patologia¹³⁵.

Naquele momento, existiam duas correntes de pensamento para o tratamento da histeria: de um lado estava a escola de Salpêtrière, de Charcot, advinda dos estudos da neurologia e das ciências médicas; e, do outro, a escola de Nancy, de Bernheim (1840-1919), preocupada com o bem-estar dos pobres e excluídos. Para Charcot, as histéricas eram mais sugestionáveis em decorrência de uma lesão, de um trauma mecânico cerebral; já para Bernheim, a histeria era produzida por sugestão. Apesar das diferenças teóricas, ambas as escolas aplicavam a hipnose como forma de tratamento da histeria.

A hipnose, para Charcot, era vista como uma condição puramente fisiológica do sistema nervoso, a qual poderia ser induzida por meios essencialmente fisiológicos; na perspectiva de Bernheim, a sugestão era a noção principal e propunha a ideia de *créditivité*¹³⁶, que se baseava na confiança no ser humano, na palavra do semelhante, comparável ao que os teólogos denominam de “fé”. De acordo com Bernheim, sem a *créditivité*, os laços sociais seriam impossíveis de serem estabelecidos, afetando de forma profunda a relação entre os indivíduos.

¹³⁴ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 42.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ Palavra em francês que significa “credibilidade”.

As ideias de Bernheim eram vistas como mais próximas da psicologia do que as de Charcot, que apresentavam uma conexão mais direta com a medicina¹³⁷.

Na hipnose, seja de Charcot ou de Bernheim, uma pessoa exerce influência sobre a outra a partir de uma relação hierárquica, em que o médico é investido de saber e poder, sendo, portanto, capaz de produzir, por meio da sugestão, efeitos de transformação sobre o paciente. Em uma viagem a Nancy, Freud escuta de Bernheim que os efeitos da sugestão nos hospitais são claramente superiores aos dos pacientes atendidos em consultório, demonstrando assim a importância dos contextos coletivos para a cura por meio da sugestão.

Freud (1856-1939), já interessado na mente humana, inicia sua carreira de médico como pesquisador no laboratório de neurologia patológica da Universidade de Viena, fazendo pesquisa em histologia neurológica. Em 1883, obtém um cargo de neurologista clínico, o que lhe acarreta a modificação de seu objeto de estudo, passando do interesse pelas redes neuronais cerebrais para um grupo de doentes denominados neuróticos, os quais não encontravam solução para suas enfermidades nos recursos terapêuticos da época. Os estudos das doenças nervosas estavam pouco desenvolvidas em Viena à época, e após ter sido nomeado professor-assistente em neuropatologia, Freud viaja a Paris em 1885 para iniciar seus estudos com Charcot.

Durante o verão de 1889, Freud também viaja para Nancy e permanece algumas semanas no serviço de Bernheim, a fim de aprimorar sua técnica no campo da hipnose. Esta viagem marcará a evolução do pensamento freudiano, levando Freud a desenvolver posteriormente o conceito de transferência, ainda influenciado por Bernheim. Inspirado tanto pelas ideias de Charcot quanto pelas de Bernheim, Freud busca fazer um elo entre o fisiológico e o psíquico, levando a psicanálise a uma perspectiva psicofisiológica¹³⁸.

Após o aprendizado com Charcot e Bernheim sobre a técnica da hipnose para o tratamento dos casos de histeria, Freud retorna a Viena e decide tratar do mesmo modo os seus pacientes. Aderir à hipnose como instrumento terapêutico significava deixar de fora os casos de doenças orgânicas e, neste sentido, acabar direcionando todo o seu interesse para os pacientes neuróticos, nascendo assim o psicanalista que desenvolverá mais à frente toda sua teoria. A histeria, que com Charcot havia perdido o seu caráter etiológico sexual, volta a ser retomada por Freud sob o prisma da sexualidade. Agora não mais como uma sexualidade associada ao útero, mas sim ao psiquismo. No texto “Três ensaios sobre teoria da sexualidade”,

¹³⁷ RUBIN, Claudio Eduardo. Entre a neuropatologia de Charcot e a psicologia de Bernheim: considerações sobre a hipnose nos primórdios da pesquisa freudiana. **Revista Natureza Humana**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 102-127, 2017.

¹³⁸ Ibidem

Freud¹³⁹ se dedica à sexualidade compreendendo-a como sede do psiquismo, que se forma a partir da constituição subjetiva na história singular de cada indivíduo, partindo das pulsões parciais da sexualidade infantil e de sua articulação com o desejo que busca satisfação.

A histeria passa, então, a ser reconhecida como o resultado das fixações pulsionais da infância, pelos processos traumáticos da erogenização do corpo e pela história singular de todas as feridas psíquicas de cada ser humano. Compreendida por Freud sempre como um produto do conflito entre o desejo e suas defesas, a histeria deixa de ser uma doença nervosa e hereditária para ser reconhecida como uma doença psíquica de etiologia sexual¹⁴⁰.

Freud percorreu um longo caminho até apresentar a teoria da etiologia das neuroses tal como a conhecemos atualmente. Como, na psicanálise, teoria e clínica sempre caminharam juntas, na medida em que as observações clínicas iam avançando, a teoria ia sendo criada. Veremos, a seguir, a compreensão de Freud quanto à etiologia da histeria durante a construção da teoria psicanalítica.

3.2 A mulher freudiana: os primeiros casos da psicanálise

A psicanálise surge a partir dos atendimentos de Freud com suas pacientes histéricas. Até aquele momento, a histeria era percebida como uma patologia desafiadora para a medicina, já que apresentava muitos sintomas corporais cuja associação a alguma disfunção orgânica não se mostrava possível. Uma cegueira que durava apenas algumas horas, uma anestesia eventual das pernas, uma paralisia dos braços que surgia em contextos específicos, dificuldades de fala ou mesmo convulsões são sintomas comuns da histeria, os quais foram compreendidos por muito tempo como simulação ou fingimento.

Os pobres histéricos, que em séculos anteriores tinham sido lançados à fogueira ou exorcizados, em épocas recentes e esclarecidas, estavam sujeitos à maldição do ridículo; seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero.¹⁴¹

Os médicos ficavam curiosos e intrigados com os sintomas histéricos, mas suas investigações apontavam que não havia correspondência entre o local afetado e uma lesão física real. Era difícil para a medicina da época compreender qual era o seu lugar diante de uma

¹³⁹ FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 77-150.

¹⁴⁰ ALONSO, Sílvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

¹⁴¹ FREUD, Sigmund. (1888). Histeria. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 35-51. p. 36.

patologia mista, que apresentava visíveis sintomas corporais, mas cuja causa e origem eram desconhecidas. Muito envolvido com as descobertas feitas em seu contato com Charcot, Freud, já no início dos seus estudos, afirma que:

Uma característica importante dos distúrbios histéricos é que estes de modo algum representam uma cópia das condições anatômicas do sistema nervoso. Pode-se dizer que a histeria é tão ignorante da ciência da estrutura do sistema nervoso como nós o somos antes de tê-la aprendido [...]. Por essa razão, temos de descartar a ideia de que na origem da histeria esteja situada alguma possível doença orgânica.¹⁴²

Freud percebe que, na verdade, há uma forte influência do psíquico sobre o somático, criando sintomas que se tornam o representante simbólico dos conflitos no corpo. No artigo de 1893, de título “Estudos sobre a histeria”, Breuer e Freud¹⁴³ apresentam cinco casos clínicos em que descrevem pormenorizadamente todos os sintomas e detalhes da história de vida de suas pacientes, afirmando que a histérica sofre de reminiscências. Isso significa que os afetos – que em algum momento anterior não puderam ser expressos e vividos adequadamente em razão do trauma – encontravam na doença uma forma de se manifestar. As reminiscências histéricas são uma repetição do próprio trauma no corpo. Assim, o corpo histérico é um corpo que fala e exhibe as lembranças daquilo que não pôde ser representado psiquicamente.

A histeria acontece a partir de uma experiência primária de desprazer na infância provocada pelo excesso de tensão, o que leva a uma descarga energética que é formadora do sintoma. Freud afirma que o excesso de tensão gerador do trauma ocorre em decorrência do encontro com o sexual em um indivíduo em tenra idade, ainda incapaz de compreender e representar psiquicamente tal experiência. Por ser uma vivência que foge à representação, tal experiência não pode ser recalçada, pois está ainda em estado de afeto puro, sobrando um resto de energia que poderá ser descarregada por meio de sintomas¹⁴⁴.

Breuer e Freud iniciam apresentando o “Caso I, Anna O.”, uma jovem de 21 anos, atendida por Breuer, que apresentava diversos sintomas, tais como paralisia dos braços, perturbação da visão, tosse nervosa, sonambulismo, impedimento eventual de falar a língua materna (alemão), fobia de beber água, além de crises de *absence* (espécie de ausência em que havia a alteração da personalidade acompanhada de confusão mental). O que começa a ficar evidente, já com Anna O., é que a investigação dos processos mentais conscientes do dia a dia não bastaria e, se havia processos mentais inconscientes, era necessário alguma técnica especial

¹⁴² FREUD, Sigmund. (1888). Histeria. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 35-51. p. 36.

¹⁴³ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

¹⁴⁴ Ibidem.

para compreendê-los. Breuer e Freud partiram da hipnose, pois por meio de um estado mental de consciência rebaixada seria possível ter acesso aos conteúdos mais profundos da mente.

Contam os autores que Anna O. era uma moça cheia de vitalidade intelectual, mas que levava uma vida extremamente monótona no ambiente familiar de mentalidade tradicionalista. As vivências da sexualidade e das paixões não foram experimentadas, buscando apenas em seus devaneios uma forma de embelezar sua vida. As pessoas a sua volta pensavam que Anna estava ali observando tudo, mas na verdade, ela se imaginava vivendo um conto de fadas em seu “teatro particular”, como ela mesma descrevia esses momentos. Os devaneios foram compreendidos pelos autores como uma espécie de dissociação da personalidade, que causava um segundo estado de consciência associado a algum mecanismo de proteção da mente.

Anna O. dedicou todas as suas energias para cuidar do pai enfermo, que veio a falecer em 1881. Durante os cuidados com o pai, os primeiros sintomas surgem, mas é após o falecimento dele que o estado geral de Anna O. sofre um grande abalo. Queixa-se de não conseguir reconhecer as pessoas, que lhe pareciam figuras de cera, sem qualquer ligação com elas. Achava aflitiva a presença de alguns parentes próximos, e mesmo que os reconhecesse no início, após alguns minutos, a memória sobre eles começava a se apagar. Passava dias e noites sem dormir e também sem se alimentar, reagindo agressivamente às pessoas. Embora Anna O. ficasse em um ambiente que não oferecia risco, tentou inúmeras vezes se matar.

Durante as sessões de hipnose, Anna O. murmurava palavras desconexas que pareciam não fazer sentido, mas que se fossem repetidas pelo Dr. Breuer como uma espécie de estímulo, acabavam sendo associadas a alguma história que começava a ser narrada por ela. As histórias contadas eram sempre tristes e muitas delas relatavam as dificuldades de uma jovem moça que se dedicava a cuidar do pai tão amado, que, no entanto, estava prestes a morrer. Sempre após a conclusão de sua história, ela despertava do transe hipnótico e se mostrava muito mais calma. Era perceptível que sua mente ficava mais aliviada após ter dado expressão verbal às experiências de medo e horror que circulavam de forma inconsciente em seu psiquismo. A própria paciente, percebendo seus efeitos, descreveu essa técnica terapêutica, ainda baseada na hipnose, de *talking cure* (cura pela palavra) ou *chimney-sweeping* (limpeza da chaminé)¹⁴⁵.

Portanto, as primeiras pesquisas da psicanálise já indicavam a necessidade do desenvolvimento de uma técnica que pudesse escutar os conteúdos inconscientes, bem como

¹⁴⁵ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 37.

compreender a importância deles na formação dos sintomas histéricos. Sobre tal aspecto, Breuer e Freud afirmam:

[...] a história da evolução da doença teria permanecido inteiramente desconhecida, tanto da paciente quanto do médico, se não fosse a peculiaridade de a paciente se recordar de coisas na hipnose, como descrevi, e de conseguir relacioná-las. Enquanto estava em seu estado de vigília, ela não tinha nenhum conhecimento de tudo isso. Portanto, é impossível, nos outros casos, chegar-se ao que está acontecendo através de um exame dos pacientes em estado de vigília, pois, com a melhor boa vontade do mundo, eles não podem dar informação alguma a ninguém.¹⁴⁶

A importante contribuição do caso Anna O. para o início da psicanálise foi a compreensão de que os sintomas físicos nas histéricas estavam associados às experiências traumáticas que eram dissociadas ou recalçadas da consciência. Freud supôs que tais lembranças, quando trazidas novamente à consciência, fariam com que o afeto estrangulado fosse descarregado e que os sintomas desaparecessem. Nasce então a psicanálise, com o intuito de dar voz aos pacientes reprimidos do final do século XIX.

O “Caso II, Emmy Von N.” era de uma mulher de 40 anos que facilmente entrava em transe hipnótico e, por essa razão, foi a primeira paciente em que Freud usa integralmente o método catártico, visto que Anna O. havia sido cuidada apenas por Breuer.

Emmy era uma mulher viúva que apresentava sintomas como: alucinações com animais, enxaqueca, câimbras no pescoço acompanhadas de delírios, estado de confusão mental, anestésias, gagueira, tiques (fazia movimentos do rosto e do músculo do pescoço, provocando um estalo com a boca) e anorexia. Era uma mulher com instrução e inteligência, e sua família possuía grandes propriedades. Recebera uma educação cuidadosa, mas sob a disciplina rígida de sua mãe, que era excessivamente enérgica e severa. Aos 23 anos, casou-se com um homem muito mais velho, mas o casamento durou pouco, pois o marido morreu de derrame cerebral, bem em sua frente. Viúva e com duas filhas com distúrbios nervosos para criar, Emmy adoece¹⁴⁷.

Naquela ocasião, Freud considerava os sintomas histéricos como resultado do excesso de excitação do sistema nervoso decorrente de traumas, quando estes não puderam ser descarregados por ab-reação ou pela atividade do pensamento. Havia a ideia de quantidade, uma soma de excitação, atuando sobre o sistema nervoso, que se transformava em sintomas crônicos. O caso de Emmy von N. apresentava uma pequena quantidade de conversão, permanecendo a maior parte da excitação na esfera psíquica – e não corporal. Por isso, alguns

¹⁴⁶ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 47.

¹⁴⁷ Ibidem.

autores, já na segunda metade do século XX, revisitaram o caso Emmy e trouxeram diversos questionamentos sobre o diagnóstico da paciente ser na verdade um caso de psicose e não de histeria^{148 149 150}. Reichard¹⁵¹ sustenta que as duas primeiras pacientes que aparecem em “Estudos sobre a histeria” – Anna O. e Emmy von N. – não sofriam de histeria, mas sim de esquizofrenia, e, portanto, poderiam ser diferenciadas dos três casos posteriores, o de Elizabeth von R., o de Katharina e o de Lucy R., estas sim histéricas.

Emmy possuía muitos medos: de sapos, de tempestade, de hospício, de ficar louca, de ser enterrada viva; e todos eles se vinculavam a uma série de acontecimentos tristes ocorridos durante a sua vida. Desenvolvera uma anorexia em razão de, na infância, sob ameaça de punição, ser forçada pela mãe a comer a refeição fria que lhe parecia desagradável. Seu pavor por ser surpreendida com algo inesperado e súbito era consequência da terrível impressão que teve ao ver o marido, que parecia estar em bom estado de saúde, sofrer um ataque cardíaco e morrer diante de seus próprios olhos.

Quanto ao estalo com a língua, esse sintoma surgira quando a filha mais nova adoecera e estivera sentada junto à cabeceira da menina, desejando ficar absolutamente quieta. No entanto, repentinamente, vem-lhe uma vontade incontrolável de fazer barulhos com a boca. Freud explica que:

Nossa paciente histérica, esgotada pela preocupação e pelas longas horas de vigília junto ao leito da filha enferma que afinal adormecera, disse a si mesma: “Agora você precisa ficar inteiramente imóvel para não acordar a menina”. É provável que essa intenção tenha dado origem a uma representação antitética, sob a forma de um medo que, mesmo assim, ela fizesse um ruído que despertasse a criança do sono que tanto esperava. Representações antitéticas como essa surgem em nós de forma marcante quando nos sentimos inseguro de pôr em prática alguma intenção importante.¹⁵²

Acompanhada por Freud, Emmy trazia seus traumas e seus afetos concomitantes, pouco a pouco, até a sua consciência. A conduta terapêutica adotada fora buscar esgotar todas as lembranças patológicas trazidas pela paciente, por meio da hipnose. No entanto, Freud pontua que não conseguiu aplicar o método de maneira sistemática, de modo que o tratamento de Emmy teria efetivamente contribuído para que ele abandonasse de vez a hipnose. Isso porque,

¹⁴⁸ REICHARD, Suzzane. A re-examination of Studies in Hysteria. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 25, n. 2, p. 155-177, 1956.

¹⁴⁹ PAPPENHEIM, Else. Freud and Gilles de la Tourette: diagnostic speculations on “Frau Emmy von N.”. *International Review of Psychoanalysis*, v. 7, n. 3, p. 265-277, 1980.

¹⁵⁰ MEISSNER, William Walter. Studies on hysteria: Frau Emmy von N. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 45, n. 1, p. 1-19, 1981.

¹⁵¹ REICHARD, *op. cit.*

¹⁵² BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 75.

mesmo antes de ser posta em estado hipnótico, Emmy, muitas vezes, já começava a falar sem rodeios sobre as lembranças que haviam sido estimuladas pela sessão anterior. Segundo Breuer e Freud¹⁵³, “é como se ela tivesse adotado meu método e se valesse de nossas conversas, aparentemente sem constrangimento e guiada pelo acaso, como se fosse um complemento de sua hipnose”. Além do mais, em um dado momento, quando Freud insistia para que Emmy procurasse se lembrar das razões de suas dores de estômago, a paciente, sentindo-se pressionada, mencionou em tom de queixa que Freud “não deveria continuar a perguntar-lhe de onde vinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-lhe o que tinha a dizer”¹⁵⁴. A partir de então, Freud passa a pensar na fala livre e espontânea da paciente como uma forma também possível de revelar situações traumáticas esquecidas.

O caso Emmy trouxe importante contribuição para a psicanálise pois auxiliou na transição do método catártico para o da associação livre, a partir da escuta dos pacientes. A partir dessa escuta, Freud rompe com as influências de Charcot e de Bernheim sobre a hipnose, desenvolvendo uma psicanálise que preza pela narrativa espontânea e pela livre associação de ideias.

O “Caso III, Lucy R.” é sobre uma mulher de 30 anos que sofria de depressão, fadiga e era atormentada por sensações subjetivas do olfato. O interior do seu nariz apresentava-se sem reflexos, sem a função de órgão dos sentidos, de maneira que ela não percebia cheiros fortes como o de amônia ou o de ácido acético, sendo, porém, incomodada constantemente por um “cheiro de pudim queimado”. Freud pensa na associação da depressão com a alucinação olfativa, imaginando que esta deveria ter uma origem de natureza específica. Lucy trabalhava cuidando de duas crianças na casa de um homem que havia ficado viúvo recentemente.

Lucy não conseguia ser hipnotizada por Freud e em estado de vigília sua análise transcorreu. Ao visitar as clínicas de Nancy, Freud¹⁵⁵ escuta o Dr. Liébeault, o decano do hipnotismo, afirmar que “se ao menos tivéssemos meios de pôr todos os pacientes em estado de sonambulismo, a terapia hipnótica seria a mais poderosa de todas”. De fato, Freud sentia que suas habilidades para a hipnose estavam sujeitas a graves limitações, pois uma boa parte de seus pacientes não entravam em transe hipnótico.

Logo comecei a ficar cansado de proferir asseguramentos e ordens tais como “você vai dormir... durma!” e de ouvir o paciente, como tantas vezes acontecia quando o grau de hipnose era leve, reclamar comigo “mas doutor, eu não estou dormindo”, e de

¹⁵³ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 54.

¹⁵⁴ Ibidem, p. 59.

¹⁵⁵ Ibidem, p. 84.

ter que fazer distinções sutis “não me refiro a um sono comum, mas sim à hipnose. Como vê, você está hipnotizado, não consegue abrir os olhos”, etc., “e de qualquer modo não há necessidade de que você adormeça”, e assim por diante.¹⁵⁶

Após o abandono da hipnose, Freud passa a adotar o método em que colocava a mão na testa do paciente, dizendo-lhe: “você pensará nisso sob a pressão da minha mão. No momento em que eu relaxar a pressão, algo aparecerá em sua cabeça. Agarre-o. Será o que estamos procurando. E então, o que foi que viu ou o que lhe ocorreu?”¹⁵⁷. Foi dessa forma que a análise de Lucy foi realizada.

Lucy sofria de uma histeria leve e com poucos sintomas, sendo o principal deles a constante percepção de um cheiro de pudim queimado. Tal sintoma foi inicialmente associado a um momento em que recebera uma carta de sua mãe, no instante em que brincava com as crianças em seu trabalho e deixara queimar um pudim na cozinha. Essa primeira associação a levou a desenrolar toda uma história em que se percebera apaixonada por seu patrão, mesmo se sentindo tola por nutrir tais sentimentos. Pensando em ir embora para a casa da mãe, Lucy sente que não gostaria de abandonar as crianças, já que tinha se afeiçoado a elas. Sentir paixão pelo patrão e dor ao pensar em abandonar as crianças foram as emoções dolorosas que não queriam ser lembradas por ela.

Depois da retomada de tais lembranças, Lucy melhora relativamente de seus sintomas, mas ainda se sente desanimada e deprimida. O cheiro de pudim queimado agora fora substituído por cheiro de fumaça de charuto, dando a entender que haveria ainda algum outro trauma significativo a ser desvendado. Lucy relata então que se recorda apenas de um dia em que seu patrão fora indelicado com uma visita que tentou beijar seus filhos na hora de ir embora. Naquele momento, ela se assusta com a bronca e percebe o cheiro do charuto que pairava pela casa. Partindo dessas lembranças, Lucy faz associações que a levam para a memória do dia em que foi penalizada pelo patrão por ter deixado uma senhora que visitava a casa também beijar seus filhos, afirmando a Lucy que se aquilo acontecesse novamente, ele confiaria os cuidados das crianças a outras mãos. Tal cena esmagara definitivamente suas esperanças quanto a também ser amada por seu patrão. Depois disso, Lucy torna a visitar Freud já com outra aparência, sentindo-se feliz e sorridente, já recuperada de suas alucinações olfativas.

O “Caso IV Katharina” refere-se a uma jovem, por volta dos 18 anos, que Freud encontrara em uma de suas viagens de férias aos alpes austríacos. Freud foi procurado pela

¹⁵⁶ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 85.

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 86.

garota, sobrinha da dona da hospedagem em se instalara, pois soubera que ele era médico. Ele resolve então atendê-la de forma descompromissada, conversando com a jovem por algumas horas.

Katharina era acometida por fortes crises de angústia, com sintomas de falta de ar e sufocamento, pressão nos olhos, um zumbido forte na cabeça, o que a fazia cair, e um aperto no peito e na garganta, o que a impediam de respirar. Quando se sentia dessa forma, não saía de casa, pois imaginava que havia sempre alguém atrás dela querendo agarrá-la.

Inicialmente, Katharina traz a informação de que tais sintomas tiveram início quando surpreendeu seu tio com Franziska, uma moça que cozinhava para os hóspedes. Sua tia não estava presente quando percebera que seu tio e Franziska haviam sumido. Ao procurar pela cozinheira, Katharina espia pela janela do quarto e vê seu tio deitado sobre Franziska. Sentindo muita repulsa pelo que havia visto, a jovem cai doente. No decorrer da conversa com Freud, a jovem se recorda de dois fatos anteriores em que o tio já havia tentado cometer atos libidinosos com ela. Uma noite, quando acordara de repente, “sentiu o corpo do tio” encostado ao seu, pois este havia se deitado em sua cama. Em uma outra ocasião, lembra-se de uma vez ter tido que se defender na estalagem quando o tio estava inteiramente bêbado e tentara seduzi-la. Nessas duas ocasiões, sentiu pressão nos olhos e no peito, mas nada semelhante à força dos sintomas que surgiram por ocasião da visão do tio junto a Franziska.

Freud argumenta que as duas primeiras tentativas mais antigas de sedução por parte do tio, apesar de serem vividas como traumáticas, não foram interpretadas por Katharina como nitidamente de ordem sexual, pois seu ego ainda era incapaz de lidar com experiências sexuais. O sexual ficou de fora das percepções conscientes do ego. Mas fora a cena atual do tio com Franziska que teria forçado uma ligação associativa entre as primeira vivências apartadas da consciência e a nítida visão sexual do casal.

Sobre esse fato, Freud comenta que:

Em toda análise de casos de histeria baseados em traumas sexuais, verificamos que as impressões do período pré-sexual que não produziram nenhum efeito na criança atingem um poder traumático numa data posterior, como lembranças, quando a moça ou a mulher casada adquire uma compreensão da vida sexual.¹⁵⁸

Ao realizar tal associação na conversa com Freud, a garota mostrou uma profunda transformação e o rosto amuado e infeliz deu lugar a uma animação, leveza e brilho nos olhos.

¹⁵⁸ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 101.

Freud menciona que espera que a moça, cuja sensibilidade sexual fora afetada em uma idade tão precoce, tenha tirado algum proveito dessa conversa. Depois disso, não volta mais a vê-la.

O último caso descrito por Breuer e Freud em “Estudos sobre a histeria”, de 1893, é o “Caso V, Elisabeth von R.”, uma moça húngara de 24 anos que foi tratada por Freud de 1892 a 1893. Foi a primeira análise completa de um caso de histeria realizada por ele. Elisabeth sofria violentas dores nas pernas, o que a impedia de caminhar, tendo tais dores aparecido dois anos após a morte do pai. O pai era um homem doente que precisava de cuidados constantes da filha, que se dedicava arduamente a essa tarefa.

Sendo a mais jovem das três filhas, Elisabeth era uma menina apegada aos pais, tendo passado toda sua juventude em uma relação de muita intimidade com ambos, mas especialmente com o pai, que costumava dizer que Elisabeth ocupava o lugar de um filho homem que ele não teve, já que com ela podia trocar muitas ideias. Costumava declarar que a filha não correspondia aos ideais para uma moça da época, pois era “insolente e convencida”, e, portanto, teria dificuldades para encontrar um marido. Elisabeth, de fato, não se sentia feliz em ter que sacrificar suas inclinações e sua liberdade em nome do casamento¹⁵⁹.

Durante o período de doença do pai foi quando ocorreram suas primeiras dores nas pernas, em consequência do seguinte episódio: Elisabeth conhecia um rapaz por quem nutria sentimentos afetuosos, mas isso era um segredo para sua família. Em uma noite, foi encorajada pela família a abandonar os cuidados com o pai para ir a uma festa na cidade, ocasião em que o moço estaria presente. Na festa, Elisabeth sente-se atraída e encantada pelo rapaz e acaba voltando tarde para casa, quando encontra seu pai muito mais doente do que antes, quando o havia deixado. A moça vivenciou um intenso sentimento de culpa por ter saído e se divertido com “outro” homem, deixando seu pai doente e necessitado de seus cuidados. Nessa ocasião, Elisabeth apresentou os primeiros sintomas histéricos de dor nas pernas, que tiveram uma curta duração, tendo ficado de cama apenas por dois dias.

Algum tempo após esse fato, o pai morre. Elisabeth se mantém estável por dois anos, até que um novo episódio traz à tona novamente os sintomas de dores nas pernas. As duas irmãs mais velhas eram casadas e Elisabeth nutria uma admiração especial pelo cunhado, casado com a irmã do meio, que sofria de uma séria doença cardíaca. Já passados dois anos da morte do pai, a família se reúne para uma viagem nos Alpes em uma estação de águas; Elisabeth permanece o tempo todo ao lado do cunhado, pois sua irmã, que já estava muito doente, não podia

¹⁵⁹ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

acompanhá-los. Em um agradável passeio com o cunhado, a moça se dá conta do quão sozinha se sentia e de que, no fundo, desejava ser feliz, tal como a irmã era com o marido. Sente-se profundamente cativada por esse homem e retornam do passeio com Elisabeth queixando-se novamente de intensas dores nas pernas.

Como a condição de saúde da irmã era grave, o casal retorna para casa antes do previsto, deixando Elisabeth, sua mãe e a outra irmã por mais algum tempo na estação de águas. No entanto, 15 dias depois, chega a notícia de que essa irmã teria passado por uma piora em seu estado clínico e que, portanto, dada a situação, toda a família deveria retornar para casa. Seguiu-se então uma viagem angustiante em que Elisabeth foi atormentada tanto por suas dores nas pernas quanto pela expectativa de que algo de ruim pudesse ter acontecido com sua irmã. Quando chegaram, ao entrarem no quarto, depararam-se com a moça já sem vida, e Elisabeth, sem conseguir controlar seus pensamentos, pensa: “Agora ele está livre novamente, posso ser sua esposa!”¹⁶⁰. As dores são intensificadas a partir desse momento, e Elisabeth procura Freud para realizar o tratamento. A ideia que de a morte de sua irmã deixava seu cunhado livre para Elisabeth se casar com ele chocou-se com sua consciência moral, causando-lhe imensa dor e sofrimento¹⁶¹. Elisabeth então recalcou sua ideia erótica para fora da consciência, transformando a carga de seu afeto em sensações físicas de dor. Assim se produziu o mecanismo de conversão, típico da histeria.

Quando examinada por Freud no local da dor, ele notou que a moça tinha uma expressão peculiar, uma sensação de cócegas, jogando a cabeça para trás e fechando os olhos com o rosto ruborizado. O lugar em que se localizava a dor em sua perna correspondia ao local em que seu pai apoiava a perna enquanto ela lhe trocava as ataduras, traduzindo o significado simbólico da escolha da região do corpo afetada pelo sintoma histérico. Referindo-se à característica desse sintoma, Freud afirma que no caso de Elisabeth:

Era uma expressão antes de prazer do que de dor [...] sua expressão facial não se ajustava à dor evidentemente provocada pela beliscadura dos músculos e da pele; provavelmente se harmonizava mais com o tema dos pensamentos que jaziam ocultos por trás da dor e que eram despertados nela pela estimulação das partes do corpo associadas com esses pensamentos.¹⁶²

Como Elisabeth não entrava em transe hipnótico, Freud decidiu aplicar-lhe a pressão sobre a testa, método já utilizado anteriormente na paciente Lucy R. Desse modo, Freud

¹⁶⁰ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 117.

¹⁶¹ Ibidem.

¹⁶² Ibidem, p. 103.

fornecia orientações para que a paciente buscasse se recordar das vivências afetivas que haviam sido esquecidas por ocasião do trauma. À medida que essas lembranças se tornavam claras, Elisabeth reconheceu que seu sentimento afetivo pelo cunhado estivera latente por muito tempo, talvez mesmo desde quando o conheceu e ficara escondido todo aquele tempo “atrás da máscara de uma mera afeição fraterna, que seu senso familiar muito desenvolvido permitia-lhe aceitar como natural”¹⁶³.

Depois do encerramento do trabalho terapêutico, Elisabeth foi vista por Freud na primavera de 1894, em um baile, rodopiando em uma dança animada. Depois dessa ocasião, soube que havia se casado com um outro homem, e não com o seu cunhado viúvo.

Mais de 100 anos separam as primeiras histéricas de Freud das mulheres que atualmente não permitem a abertura de seus corpos para o reconhecimento da sexualidade. Os diversos movimentos sociais ocorridos no século XX, em busca de emancipação da mulher, foram o resultado de uma longa história de opressão perante os homens, de modo que trouxeram, felizmente, mudanças significativas em relação a uma maior participação das mulheres na sociedade. No entanto, curioso é perceber que, mesmo com tais mudanças, a sexualidade, vivenciada dentro de um corpo, continua a ser um desafio para muitas mulheres. É possível afirmar então aquilo que Freud já dizia há 100 anos e que permanece mais atual do que nunca: a formação do psiquismo passa pelo reconhecimento do corpo e pela sexualidade, e o traumático é sempre sexual.

Na histeria é o corpo que padece como sintoma daquilo que não pode ser representado psicologicamente. Vejamos no próximo capítulo como esse corpo se inscreve na formação psíquica humana, a fim de chegarmos mais próximo da compreensão do vaginismo.

¹⁶³ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 118.

4 O CORPO SEXUAL NA HISTERIA

O corpo é tanto a origem da pulsão quanto o seu destino, pois é nele o lugar em que se inscrevem os sintomas na histeria. Nada parece ser mais íntimo e pessoal do que o nosso corpo, mas o aparecimento de sintomas demonstra que ele também é um território desconhecido e estranho.

A predominância do discurso médico e sua lógica organicista atual estão em constante confronto com a psicanálise, trazendo cada vez mais a necessidade de se discutir de forma multidisciplinar a etiologia das patologias. A histeria nos dias atuais, com suas múltiplas faces de expressão, ainda deixa alguns médicos surpreendidos com o desconhecimento acerca da origem orgânica de determinadas patologias, como é o caso do vaginismo.

Essa multiplicidade de sintomas fez com que a Associação Americana de Psiquiatria excluísse a palavra “histeria” de sua nomenclatura. Em 1980, no DSM-III, foi incluída a expressão “Desordem de personalidade múltipla” que, no DSM-IV, foi substituída por “Distúrbios dissociativos de identidade”. No DSM-III e no IV também estavam presentes as “Desordens somatoformes”, que no DSM-V foram modificadas para “Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados”. Porém, ambas as categorias se distanciaram consideravelmente da identificação de aspectos relativos à histeria de acordo com a psicanálise.

O corpo humano é fonte de interesse em diversas áreas, tanto das ciências biológicas quanto da antropologia, da sociologia, das artes. Corpos em retratos, pinturas, esculturas, nos movimentos de dança e no *habeas corpus* do direito. No grego *soma* e no latim *corpus*, o corpo pode ser compreendido em sua diversidade de expressões, conforme a perspectiva adotada. Na psicanálise, temos o corpo como ponto de partida para a formação do psiquismo, e posteriormente como depositário dos sintomas neuróticos, evidenciando a vinculação indissociável entre mente e corpo no ser humano.

A criança nasce com um corpo predeterminado por sua herança genética, o qual se desenvolverá segundo as condições que o entorno lhe proporcionará. Para a criança ter um corpo, será preciso adquirir uma consciência corporal, que não diz respeito apenas a crescer e perceber seu corpo físico. Parece-nos fácil imaginar que todo indivíduo humano possuidor de um corpo possa percebê-lo concretamente sem qualquer dificuldade. No entanto, a experiência de habitar um corpo não é tão simples, já que passa por uma complexa e constante operação de introjeção que se inicia desde os primeiros momentos de vida do bebê.

O corpo do ser humano é construído pelas experiências de contato do bebê com seus cuidadores, geralmente mãe e pai, ou outros que exerçam a função materna e paterna. As

primeiras relações estabelecidas se dão no nível corporal, por meio da alimentação, dos cuidados de higiene, do toque de carinho na pele do bebê etc. A criança pequena faz o reconhecimento do ambiente que a cerca por intermédio do corpo sensorial, capitando as sensações de prazer e desprazer que o mundo lhe proporciona. Freud, em seu artigo de 1923, sob o título “O ego e o id”, afirma que o ego é, acima de tudo, um ego corporal, não sendo simplesmente uma entidade de superfície, mas ele próprio, a projeção de uma superfície¹⁶⁴.

Quem já observou um bebê recém-nascido em seus primeiros meses de vida percebeu as progressivas conquistas motoras e sensoriais no sentido de integração e reconhecimento do próprio corpo. As diversas partes do corpo, como boca, pele, órgãos genitais, vão sendo tocadas e libidinizadas pelos cuidadores, proporcionando sensações próprias, que irão inscrever a mais íntima singularidade em cada um de nós. Importantes autores da psicanálise, tais como Winnicott¹⁶⁵ e Anzieu¹⁶⁶, referem a pele, tocada e estimulada, como o principal meio de contato do sujeito com o mundo externo.

A mãe que segura carinhosamente seu bebê, aninhando-o em seus braços, ou que beija e aperta sua criança com ternura, executa a importante tarefa de estimular a percepção sensorial da pele, que contém a psique no âmbito de um corpo. A pele é o órgão que simbolicamente oferecerá a percepção da diferença entre o eu e o outro, entre o mundo interno e o externo, sendo, portanto, fundamental na constituição do ego daquele pequeno indivíduo¹⁶⁷.

As experiências sensoriais se localizarão principalmente nas zonas do corpo que são destinadas à satisfação das necessidades, por meio da relação com o outro. Inicialmente, a boca e, posteriormente, o corpo todo, com ênfase nos órgãos genitais, são regiões regidas pelo princípio do prazer ou o seu contrário, o desprazer. A sexualidade ocupa o corpo desde os primeiros instantes de vida, de modo que a unificação desse corpo se constitui gradativamente a partir da relação com o outro cuidador e primeiro objeto de amor. Sobre esse importante processo, Fingermann demonstra como isso ocorre:

Observemos como a criança pequena, inicialmente carente de tônus e de coordenação motora, vai progressivamente constituindo seu corpo como conjunto, e sua aparente consistência, desde as experiências de prazer e desprazer de sua constante apreensão

¹⁶⁴ FREUD, Sigmund. (1923). O ego e o id. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 03-41.

¹⁶⁵ WINNICOTT, Donald Woods. (1945). O desenvolvimento emocional primitivo. *In*: WINNICOTT, Donald Woods. **Obras escolhidas: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

¹⁶⁶ ANZIEU, Didier. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

¹⁶⁷ WINNICOTT, *op. cit.*

do mundo com a boca, ouvidos, mãos, pés, pele, olhar, expulsão de fezes e urina, organizando seus primeiros diálogos com o outro.¹⁶⁸

Portanto, o corpo pulsional é aquele que parte das experiências de satisfação das funções biológicas em direção à constituição de um psiquismo. Recorreremos a Freud e a sua teoria da sexualidade infantil para ampliarmos a discussão.

4.1 Teoria da sexualidade infantil

Para a psicanálise, o indivíduo é um ser pulsional, sendo a sexualidade infantil ponto central da formação do psiquismo. Laplanche e Pontalis descrevem o conceito de sexualidade como:

Na experiência e na teoria psicanalíticas, “sexualidade” não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal de amor sexual.¹⁶⁹

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, Freud apresenta a diferença entre instinto e pulsão, demonstrando que a noção de instinto, muito presente nos meios médicos da época, não dava conta de abarcar toda a complexidade do ser humano psíquico. O instinto seria um esquema de comportamento herdado, típico da espécie animal, com pouca variação entre os indivíduos, baseado nas funções biológicas do corpo. A sexualidade, à época, era marcada pela ideia de instinto, sendo a reprodução sexual a sua principal função. Qualquer comportamento sexual que não visasse à reprodução era considerado um desvio e uma ameaça à continuidade da espécie. Freud toma esse ponto de partida para ampliar a discussão e criar um novo conceito que coloca a experiência de prazer como determinante na constituição do psiquismo humano: a pulsão.

A pulsão é definida como representante psíquico dos estímulos corporais que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, sendo a transformação do somático em psíquico. Isso significa que a criança pequena possui um conjunto de zonas erógenas que dão origem às excitações corporais, que buscam alcançar a mente para fazer uma representação psíquica. Como exemplo, temos o bebê durante a amamentação: é a ingestão do leite e não o

¹⁶⁸ FINGERMANN, Dominique Touchon. O que é um corpo? Como responde a psicanálise? In: TEPERMAN, Daniela; GARRAFA, Thais; IACONELLI, Vera. **Corpo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 25-38. p. 29.

¹⁶⁹ LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulário de psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 619.

sugar o seio que satisfaz a fome da criança, mas ao mesmo tempo em que isso ocorre, também há a excitação dos lábios e da língua pelo peito, produzindo uma satisfação que não é relacionado à saciedade alimentar biológica. Desse momento em diante, nasce o indivíduo psíquico e sexual, que apesar de habitar um corpo orgânico, também desenvolve todo o colorido emocional do prazer relacionado a ele. O ato de sugar, com todos os seus desdobramentos, tais como morder, cuspir, mastigar, passa a ser prazeroso, independentemente da satisfação da fome¹⁷⁰.

Por isso, para Freud, a pulsão sexual será um conjunto de pulsões parciais que marcam as fases seguintes de desenvolvimento infantil após o nascimento, quais sejam: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital. Ao longo do desenvolvimento infantil, várias zonas erógenas (boca, ânus, genitais, pele) são usadas pela criança para obtenção de prazer e desenvolvimento de fantasias. O principal conteúdo fantasioso apontado pela psicanálise é a fantasia edípiana, que marca todo o desenvolvimento infantil, deixando suas heranças diante das primeiras experiências de prazer associadas aos principais cuidadores da criança, mãe e pai.

Todas as neuroses, incluindo a histeria, são formas de ser e de sofrer vinculadas ao fracasso (mais ou menos grave) da travessia edípiana. Todo indivíduo constrói sua identidade na infância em função das experiências de ser filho de um pai e de uma mãe que se uniram sexualmente. O Édipo, presente desde o nascimento, deixará suas marcas na estruturação da personalidade de cada um de nós, como pontuou Klein em seu Édipo precoce, que será abordado no próximo capítulo. Contudo, segundo Freud, será a partir de 4 ou 5 anos de idade que os conflitos edípicos começam a produzir seus efeitos, em função de todas as etapas de desenvolvimento infantil que aconteceram anteriormente.

Alguns indivíduos não chegam a essa crise edípiana ou a vivenciam de forma precária, pois ainda não resolveram questões básicas na constituição da identidade, que é a diferença eu-não eu, ou sujeito-objeto. A dificuldade nessa diferenciação faz com que o sujeito continue confundido com seu objeto primário, o que torna difícil e complicada a relação com o outro. Quando os momentos iniciais de vida foram marcados por falhas precoces, em que o objeto primário (mãe ou cuidador) não conseguiu atender às necessidades básicas do eu, serão grandes as chances de haver também um impasse na travessia edípiana dos 4 ou 5 anos de idade.

Vamos partir do início. Ao nascer, o bebê começa a fase oral de desenvolvimento infantil, em que a boca é a parte do corpo que lhe oferece as primeiras sensações de prazer, por

¹⁷⁰ FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 77-150.

meio da amamentação¹⁷¹. Essa fase vai do nascimento até mais ou menos o segundo ano de vida. Nesse momento, a criança se apresenta em estado narcísico, completamente fusionada à figura materna. Todo o processo de desenvolvimento infantil acontecerá a partir da perda da ilusão de completude, que se dará gradativamente durante os primeiros anos de vida da criança.

No início, no narcisismo primário, a criança acredita ser tudo, tendo a crença de que pode produzir seu próprio prazer, sem a ajuda de ninguém. De fato, nesse momento, a imaturidade biológica ainda não permite que a criança perceba que existe alguém, além de si mesma, no mundo. Isso gradativamente vai se alterando e a criança descobre a diferença entre o eu e o não eu, ao perceber a presença da mãe.

Há uma perda nesse processo: a perda da ilusão de ser tudo. O que se perde é o estado narcísico, em que a experiência de satisfação era imaginada como sendo produzida por si mesmo, não havendo a dependência do outro na satisfação das necessidades, já que o outro ainda não era percebido como tal. Agora, a satisfação de suas necessidades passa a estar vinculada ao outro. A representação do tudo passa a ser transferida para objetos ou para situações que serão os primeiros alvos da pulsão em busca do prazer, dando início então ao narcisismo secundário. Como afirma Minerbo¹⁷², no entanto, ninguém faz um luto definitivo do narcisismo primário, pois muitos vão passar o resto da vida a buscar a vivência de completude que foi perdida quando criança. Ou seja, buscar coisas que simbolizam o ideal do eu.

A capacidade de transferir os investimentos libidinais de uma representação do objeto a outra representação do objeto marca o funcionamento psíquico saudável. A saúde mental implica transferir esse ideal do eu para novos projetos, adiando um pouco a tão esperada satisfação absoluta da fase oral.

Na fase oral, a criança transfere o ideal narcísico para o seio, que se torna idealizado e vivido como se fosse a fonte de uma gratificação constante e absoluta, um objeto inesgotável. Se tudo caminhar razoavelmente, aos poucos, o infante vai percebendo que o seio também poderá frustrá-lo, e que gratificação absoluta não existe. A mãe começa a ser percebida não como um seio infinito que veio ao mundo apenas para alimentar ao bebê, mas como alguém que possui uma vida própria e outros interesses. Tal processo terá seu ápice no complexo de Édipo da fase fálica.

¹⁷¹ FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 77-150.

¹⁷² MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016.

É importante destacar que o algo subjetivo que define cada um de nós é constituído justamente pelas nuances afetivas que se estabelecem entre a mãe e seu bebê durante todo o processo de constituição libidinal da criança na infância. A mãe, que é o ambiente do bebê, deve responder às demandas da criança de maneira a ajudá-la a diminuir as expectativas narcísicas e acalmar o violento desejo infantil, a fim de favorecer a integração da pulsão e do desejo em seu psiquismo. E a mãe responderá a essa demanda a partir daquilo que ela mesma vivenciou com sua mãe, em termos de erotismo oral. Dar o peito por muitas horas e não se incomodar se o bebê está usando-o como chupeta ou ficar imaginado que o bebê frustrar-se-á enormemente se o peito lhe for negado são nuances afetivas da própria mãe que serão transmitidas ao bebê. Os excessos e as privações são ambos comportamentos que exprimem algo de subjetivo da mãe¹⁷³.

Quando o seio não gratificou nem frustrou em excesso o erotismo oral da criança, esta continuará seu desenvolvimento, só que agora com uma nova estratégia: a criança transferirá o ideal de seio perdido para o prazer proporcionado por uma nova zona erógena que entra em cena – o ânus.

As gratificações vinculadas à fase anal (que se apresenta dos dois aos quatro anos) estão relacionadas ao exercício do poder. A aquisição do controle dos esfíncteres fará com que a criança tenha prazer em reter ou expulsar as fezes. Mas esse prazer corporal, à princípio, estende-se para a relação com o outro: o prazer agora está em controlar o outro e fazê-lo submeter-se à sua vontade. Mandar, dominar e firmar o próprio poder estão no centro do prazer da criança na fase anal, que saiu de uma condição de maior passividade, característica da fase oral, para o prazer de controlar o ambiente. Se anteriormente era a mãe quem determinava quando a criança iria se alimentar, agora é esta quem define quando quer expulsar ou reter as fezes! O prazer em ser submetido ao controle do outro e ficar na condição passiva também oferece, de forma inversa, o prazer típico da posição masoquista na fase anal.

Sobre a criança na fase anal, destaca Minerbo que:

Se deixar, ela se torna uma verdadeira tirana. Assim como a voracidade (gula) resultava da idealização do prazer que o seio pode proporcionar, a tirania resulta da idealização que o poder e o controle sobre o outro podem proporcionar [...] Se tudo der certo, a mãe indica, de maneira acolhedora, mas clara, que aceita se submeter às vontades dela, mas até certo ponto.¹⁷⁴

¹⁷³ MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016.

¹⁷⁴ Ibidem, p. 158.

Neste sentido, a mãe poderá permitir que a criança obtenha alguma gratificação de seus desejos, mas também impõe limites, o que tranquiliza e dissipa a excitação anal. A resposta materna será adequada a depender da elaboração de sua própria fase anal. Se a mãe apresentar componentes sádicos, poderá ser levada a exercer um controle rígido durante o treinamento de controle dos esfíncteres, condenando ou mesmo humilhando a criança, caso esta cometa falhas; por outro lado, se a mãe permitir que a criança exerça seu sadismo sobre ela, não lhe impondo limites, a criança carecerá de aprendizado quanto a tolerar frustrações.

A fixação na fase anal poderá levar o indivíduo a adotar uma posição passiva e masoquista diante da vida, sentindo vergonha excessiva cada vez que imagina ter cometido erros, esperando sempre uma punição regada de humilhações advindas dos outros. De forma oposta, poderá localizar o sujeito em uma posição de domínio e de controle perante os outros, imaginando uma vida de poder e de ausência de limites para os seus desejos.

Freud¹⁷⁵ indica que a fase anal apresenta duas possibilidades de comportamento: o sadismo anal, que se dá por meio do controle da musculatura dos esfíncteres que retêm as fezes, cujo objetivo é dominar e destruir o objeto; e o erotismo anal, que ocorre por meio da mucosa anal e da liberação das fezes. Portanto, a fase anal é marcada pela experiência de ambivalência e pelas polaridades que correspondem à atividade/passividade. O excesso de ordem, a teimosia e tendência à dominação são aspectos relacionados à fixação na fase anal.

Em continuação ao processo de desenvolvimento, se a criança assimilar adequadamente os limites da fase anal, ela poderá novamente transferir o ideal narcísico da fase anal que fora perdido (o prazer de controlar ou de ser controlado) para os órgãos genitais. Pretendo me ater mais à fase fálica, pois nela são traduzidas as importantes vivências das mulheres com vaginismo.

A fase fálica, apontada por Freud¹⁷⁶ apenas em 1923, em seu artigo “A organização genital infantil”, dá-se entre os 4 e 5 anos da criança, colocando em destaque as sensações dos órgãos genitais e o interesse narcísico por essa parte do corpo. Agora, o ideal narcísico é transferido do esfíncter anal para a zona uretral, portanto, o pênis passa a ser idealizado como aquilo que proporciona o prazer absoluto e a completude narcísica a quem o possui.

Esta ideia tem sido repensada por diversos autores contemporâneos da psicanálise, em uma tentativa de ampliar a compreensão teórica acerca dos aspectos psíquicos femininos, os

¹⁷⁵ FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 77-150.

¹⁷⁶ FREUD, Sigmund. (1923). A organização genital infantil. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 83-87.

quais foram insuficientemente pensados na teoria freudiana, como será abordado no próximo capítulo. De qualquer modo, parece importante descrever a fase fálica à moda freudiana para, na sequência, discutir a sua validade ou modificações nas novas teorias psicanalíticas contemporâneas.

O órgão genital masculino, na fase fálica, é percebido como a primeira representação do que chamamos de falo, mas o falo não é o mesmo que o pênis anatômico. O falo simbolicamente representa o poder, o tudo, a completude e, portanto, as meninas também podem ser fálicas à sua maneira. Nessa fase, a percepção da diferença genital entre meninos e meninas se faz presente, pois aqui há uma criança maior, mais autônoma e já livre das fraldas. A percepção de que nem todos são iguais a mim traz uma nova vivência para a cena infantil: a inveja. Atualmente, não faz mais sentido falar em inveja do pênis, tal como Freud mencionava em sua época, pois o conceito de falo é justamente a ampliação da ideia inicial freudiana. A inveja do falo parece traduzir melhor a experiência tanto de meninos quanto de meninas, que invejam a quem lhes parece “inteiros e completos”. Sob a lógica fálica, os outros têm tudo, enquanto eu tenho que aceitar a dura realidade da castração, da incompletude e da falta. Estamos aqui nos aproximando das vivências da histeria, pois a lógica fálica é diretamente pertencente a esse tipo de neurose¹⁷⁷.

Na fase fálica, a criança idealiza e atribui enorme valor ao pênis, mas percebe que pode perdê-lo, já que outras pessoas não o têm, o que produz a angústia de castração. Em seu sentido mais amplo e simbólico, a castração representa a angústia gerada pela punição recebida frente à transgressão dos limites, além da profunda frustração de se perceber alguém que porta faltas e é incompleto¹⁷⁸.

De forma a demonstrar a amplitude dos objetivos na fase fálica, Minerbo menciona que:

Se na organização anal o prazer é obtido em relações marcadas pela dinâmica submeter/ser submetido, humilhar/ser humilhado, aqui o prazer é obtido em relações marcadas pela dinâmica ter/não ter, exibicionismo/*voyeurismo*, ver/ser visto. Tal como o pênis, são coisas e habilidades que podem ser exibidas com prazer e orgulho para serem admiradas e invejadas pelo outro. E isso vai desde um novo par de sapatos até um atributo físico, intelectual, um namorado, fama, dinheiro, etc. O importante é que o atributo tenha brilho suficiente para ser fascinante e poder ser exibido com orgulho. Mas há também o prazer complementar de olhar fascinado para o atributo que o outro exhibe e que não se possui.¹⁷⁹

¹⁷⁷ MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016.

¹⁷⁸ FREUD, Sigmund. (1923). A organização genital infantil. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 83-87.

¹⁷⁹ MINERBO, *op. cit.*, p. 163.

Com o passar do tempo, a pequena criança descobre que as pessoas são diferentes porque possuem corpos diferentes, e não porque umas são completas e outras castradas. Ninguém pode ser homem e mulher ao mesmo tempo, portanto, não se pode ter e ser tudo! Quando tais constatações puderem ser introjetadas pela criança, dá-se início ao complexo de Édipo, que leva a uma nova estratégia para conseguir a completude: fazer par com o genitor do sexo oposto. A criança usará toda a sua capacidade sedutora para conquistar lugar ao lado do seu genitor escolhido, pretendendo separar o casal de pais. O ódio e a rivalidade se estabelece frente o genitor do mesmo sexo, que o impede de conseguir o que deseja. Resumindo em poucas palavras: a criança deseja se casar com o genitor do sexo oposto (incesto) e matar o genitor do mesmo sexo (parricídio).

Devemos nos lembrar de que o que está sendo descrito agora se trata de um Édipo, dito por Freud, como positivo. Mas o Édipo invertido é igualmente importante e estruturante, e a tentativa de fazer par, dessa forma, será com o genitor do mesmo sexo que a criança.

Exibir-se de maneira escandalosa, bancar o palhaço, dizer palavrões e chamar toda atenção para si são comportamentos sedutores típicos da fase edipiana. Além disso, brincadeiras de “papai e mamãe” ou de “médico” estimulam ainda mais a curiosidade pela descoberta das diferenças genitais. Olhar com curiosidade para o corpo da mãe ou do pai, mirando para os seus órgãos genitais, revela todo o desejo fálico de recuperar a completude do narcisismo perdido. A criança precisará ser ligeiramente bem-sucedida na sedução do genitor do sexo oposto, a fim de que ela possa exercitar sua capacidade de conquista e de se colocar brevemente no lugar do outro genitor. Mas não deve ser bem-sucedida demais, pois isso estimulará excessivamente suas fantasias, aumentando a culpa e a angústia. Deixar que a criança entre na disputa com o genitor do mesmo sexo também se faz importante, mesmo que limites tenham que ser impostos. Afinal, as rivalidades também são parte do que a criança encontrará no decorrer de sua vida, e saber lidar com elas é algo relevante.

Para a dissolução e término (mesmo que parcial) do complexo de Édipo, a criança terá que descobrir a impossibilidade de alcançar seu desejo de fazer par com um dos genitores. Deverá, portanto, internalizar os limites de uma relação impossível de ser concretizada, já que ela é apenas uma criança e filha de seu genitor(a). Além disso, os pais já formam o casal entre si, logo, ela está excluída dessa relação! A aceitação da exclusão configura etapa importante na dissolução do Édipo. Novamente, há no processo de desenvolvimento infantil a difícil tarefa de aceitar a incompletude e a perda do narcisismo primário.

A criança está excluída como parceira amorosa de seu genitor(a), mas não como filha! Essa é condição fundamental para que a criança tolere a dolorosa frustração de não ter seu desejo

edípico correspondido. Portanto, os limites precisam ser dados de forma clara e objetiva, mas sempre com muito amor. É preciso que haja um lugar de acolhimento e sustentação da criança como integrante da família, mas como alguém que ocupa o terceiro lugar no triângulo edípico. Os lugares precisam ser dados! A criança deverá descobrir que na vida poderá realizar seus desejos com muitos outros objetos amorosos, fora do círculo familiar, os quais representarão simbolicamente o original. Ao aceitar que não é possível ter tudo na vida, a criança encerra sua trajetória edípica construindo um superego, que é a importante instância psíquica representante das leis e regras morais. Eis uma criança agora capaz de viver em sociedade. A imposição dos limites abre as portas do desejo, que poderá ser buscado em objetos do mundo lá fora¹⁸⁰.

Aos pais é necessário que tenham conquistado uma boa elaboração de suas próprias passagens edípicas, a fim de serem capazes de estabelecer relações triangulares saudáveis. Caso contrário, incluirão ou excluirão demais a criança.

Com o intuito de ampliar a compreensão acerca da dinâmica histórica e das mulheres com vaginismo, menciono, de forma resumida e didática, a importante contribuição de Minerbo¹⁸¹ no que concerne às condições psíquicas necessárias, ligadas ao desenvolvimento precoce, para uma resolução satisfatória dos conflitos edipianos:

1. A função simbolizante precisa ter sido instalada;
2. A diferença eu/não eu precisa ter sido descoberta, isto é, a criança precisa ter conseguido sair do narcisismo primário. Ambos os aspectos deveriam ser alcançados antes do Édipo freudiano, pois a passagem pelo complexo de Édipo dependerá desses elementos anteriores para que haja um desfecho positivo.

A autora ainda aponta aspectos importantes do trabalho psíquico a ser realizado pela criança, a fim de que haja uma saída edípica saudável:

1. Fazer o luto do projeto de “fazer par”, descobrindo a diferença entre as gerações;
2. Ser como o papai e como a mamãe a partir das identificações, em vez de ser papai e mamãe “de verdade”;
3. Constituir o superego, graças ao qual a criança vai aceitar que não pode tudo, do jeito que ela quer, e muito menos eliminar tudo o que se interpõe entre ela e a gratificação absoluta;

¹⁸⁰ MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016.

¹⁸¹ Ibidem

4. Constituir o ideal do eu, transferindo o desejo edipiano para novos objetos de desejo fora do círculo familiar. A gratificação pulsional passa a ser possível graças à sublimação, e a criança entra na fase de latência.

Todo o trabalho psíquico a ser realizado pela criança passa pela capacidade de abandonar os desejos dos pais e integrar o seu próprio desejo, de forma tranquila. Brincar de papai e mamãe ajuda a criança a representar, de forma simbólica, tudo aquilo que não pode ser realizado em ato. A brincadeira permite que a criança se coloque no lugar dos pais e possa viver simbolicamente o que é ser pai e mãe, o que a habilita a encontrar futuramente na vida parceiros parecidos com papai e mamãe. Na medida em que esse trabalho psíquico vai acontecendo, a criança vai sossegando os seus desejos e entra na fase de latência, período em que adormecem os desejos eróticos, para serem despertados apenas na fase genital da adolescência, já com os objetos amorosos substitutos dos pais. O que se vive na adolescência e na vida adulta nada mais é do que o resultado de todo o trabalho psíquico realizado durante esse processo na infância.

A discussão a seguir apresenta considerações sobre a teoria psicanalítica na atualidade no que se refere ao uso do diagnóstico de histeria, já que muito se discute sobre esta categoria psicopatológica que se utiliza da fase fálica e da sua lógica relativa à presença e ausência do pênis para a compreensão dos casos clínicos.

5 PARA ALÉM DE FREUD: INDAGAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

A histeria ainda existe atualmente? E o complexo de Édipo, ainda vale para os dias atuais? Ouvi tais perguntas diversas vezes em minhas aulas de psicanálise, feitas por jovens alunos que reconhecem as mudanças ocorridas nas normas culturais do final do século XIX até os dias de hoje. Tal questionamento não surge apenas dentre aqueles que começam a estudar psicanálise atualmente, mas também entre um importante círculo de psicanalistas já conceituados, os quais se propõem a debater sobre a validade da histeria ainda como uma psicopatologia na contemporaneidade.

Como se tal psicopatologia estivesse ultrapassada, é comum ouvir que “a histeria da época de Freud não existe mais”. Também é possível ouvir que a histeria continua se apresentando no século XXI, porém agora com outra roupagem e novas manifestações. No entanto, na clínica das disfunções sexuais, as mulheres com vaginismo parecem representar bem as mulheres de outrora, que apresentavam conflitos psíquicos por não poderem vivenciar de forma livre suas experiências sexuais. Apresenta-se atualmente uma mescla de psicopatologias, que incluem as formas de ser e sofrer da contemporaneidade, mas também aquelas ainda vinculadas à neurose clássica, com angústias relativas à transgressão e ao sentimento de culpa.

A neurose, incluindo a histeria, é uma forma de subjetividade típica de uma sociedade marcada por instituições fortes, tais como eram as do século XIX, época em que foi criada a psicanálise. Cada cultura determina formas próprias de subjetividade, assim como os modos de sofrimento. Podemos entender “cultura” em um sentido ampliado, pois além da família, de um grupo social ou de uma civilização, a dupla mãe-bebê também possui sua própria cultura. Segundo Minerbo¹⁸², a cultura é o conjunto de formas simbólicas e representações por meio do qual o sujeito apreende o mundo, a partir da relação mãe e bebê. Em suas palavras:

O inconsciente materno, e depois as instituições, oferecem símbolos mediante os quais a criança vai ler o mundo, atribuindo-lhes sentido [...]. Ou seja, a função materna institui sentidos para o bebê, e por isso tomo a liberdade de entendê-la como uma microinstituição. Pelo simples fato de oferecer algum sentido, essa microinstituição promove o apaziguamento simbolizante. Inversamente, a ausência de sentido impede a ligação das pulsões, ou promove o seu desligamento, o que é profundamente desorganizador para o psiquismo.¹⁸³

¹⁸² MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

¹⁸³ Ibidem, p. 292.

A neurose parece ser típica de uma cultura em que as representações simbólicas encontram parâmetros mais rígidos no modo de ser e existir no mundo. A modernidade, momento de criação da psicanálise, é um período histórico que se caracteriza pela força e solidez de grandes instituições sociais, tais como: família, educação, religião, sistema político. Essas instituições tinham o poder de determinar, com exclusividade, o modo desejável de pensar e agir das pessoas, definindo, portanto, o certo e o errado, o bom e o mau comportamento. Isso acaba por gerar sofrimento àqueles que não se enquadram em um formato cultural “apertado” demais para lhes garantir reconhecimento social e uma vida psíquica mais possível. Essa é a neurose conhecida amplamente pela psicanálise e que representa a maioria das mulheres com vaginismo.

O que se observa a partir da segunda metade do século XX, ou seja, já no período pós-moderno, é a falência gradativa das grandes instituições – que anteriormente direcionavam os indivíduos em seu modo de existir – em direção a uma forma mais livre e libertadora de viver. As grandes certezas sobre a vida foram questionadas e os sentidos se relativizaram, oportunizando maior liberdade, porém mais isolamento.

Podemos lembrar de um fato histórico importante que também modificou profundamente a maneira de pensarmos as patologias psíquicas: a descoberta, nos anos 50, dos primeiros medicamentos psicoativos eficazes e a consequente lógica mercantil das indústrias farmacêuticas que se desenvolveu a partir de então. Pela primeira vez na história a psiquiatria deixava de ser uma ciência teórica e descritiva para se tornar puramente empírica e sem teoria. Portanto, vagarosamente, as categorias da psicanálise vão sendo excluídas dos manuais diagnósticos, dentre elas, a histeria. Em 1994, o DSM-IV retira definitivamente o termo “neurose” de seus quadros, visando fundar uma clínica psiquiátrica puramente organicista, com uma solução química para cada sintoma isolado. Desde então, há a tendência a uma profusão de diagnósticos psiquiátricos, advindos de uma fragmentação dos aspectos mentais¹⁸⁴.

Como afirmam Alonso e Fuks¹⁸⁵, tal fragmentação é questionável e cobra um preço alto à psiquiatria, pois ao retirar a subjetividade da psicopatologia psiquiátrica, também se abre mão de uma organização inerente à pluralidade dos sintomas psíquicos. Dessa forma, não seria surpresa se a capacidade de adaptação da histeria passasse a alimentar outros quadros psicopatológicos, tais como transtornos alimentares, de personalidade, de humor, ou mesmo o vaginismo.

¹⁸⁴ AMBRA, Pedro; SILVA JR., Nelson. **Histeria e Gênero**. São Paulo: nVersos, 2014.

¹⁸⁵ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Bollas¹⁸⁶ aponta para uma tendência em substituir o diagnóstico de histeria pelo de *borderline*, tão presente atualmente, o que pode explicar o pouco uso da categoria histeria pelos próprios psicanalistas. Além disso, a tendência da psicanálise atual em dar maior ênfase aos aspectos pré-edípicos e mais arcaicos do desenvolvimento psíquico – tal como já abordamos anteriormente – pode contribuir para que o olhar do psicanalista seja desviado da fase fálica e, portanto, da histeria.

A atual fragmentação das psicopatologias em seus sintomas oferece ao mercado novos nomes, novos saberes sobre o corpo, o que vai ao encontro de uma tendência mercantilista na qual cada sintoma tem seu diagnóstico e, conseqüentemente, o seu remédio. Essa estratégia, por um lado, oferece conforto às pessoas que se identificam mais facilmente e dão nome ao seu sofrimento, mas, por outro, desfavorece a importante integração de aspectos psíquicos e subjetivos que compõem as dores humanas, levando à falsa ideia de uma simples solução para tais problemas.

No presente trabalho, optei pela histeria como matriz clínica para desenvolver meu pensamento quanto às mulheres que não permitem serem penetradas, pois me foi importante articular a compreensão de tais sintomas com uma metapsicologia já existente, objetivando uma visão mais ampla e integrativa dos casos de vaginismo por mim atendidos. Por meio do recurso ao corpo para manifestação de um conflito psíquico, pelas angústias relativas à culpa do exercício da sexualidade, bem como pelas dificuldades identificatórias com o feminino, pude compreender que tais pacientes apresentam uma neurose, com características históricas. No entanto, nesse capítulo, farei uma análise crítica abordando outros autores contemporâneos, o que ampliará a discussão sobre o diagnóstico da histeria e sua utilidade nos dias atuais.

Ao dar entrada no processo de análise, a compreensão do tipo de funcionamento psíquico do paciente é, de fato, fundamental para o direcionamento de seu tratamento. Contudo, muitas vezes existe uma linha tênue que separa a histeria das outras neuroses e também da psicossomática. Os sintomas e angústias das pacientes com vaginismo podem se mesclar com sintomas fóbicos, crises de pânico ou ansiedade (como se convencionou denominar atualmente), mas sempre tendo o corpo como palco da demonstração de aspectos inconscientes não elaborados.

Além disso, parece-me muito significativo que as mulheres da minha clínica que apresentam vaginismo tenham uma ligação com a sexualidade permeada por moralismos e recalques típicos da época de Freud, como será possível observar nos casos clínicos

¹⁸⁶ BOLLAS, Christopher. **Hysteria**. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2000.

apresentados no próximo capítulo. Apesar das muitas lutas feministas e das importantes mudanças culturais ocorridas no século XX e nesse início de século XXI, algumas mulheres ainda são transpassadas por fortes heranças históricas de séculos de repressão em relação à sexualidade feminina em seus corpos e sintomas. Ademais, a relação das meninas com suas mães sempre é impregnada pelas histórias vividas por estas últimas, que trazem consigo vivências de uma geração mais antiga.

Apesar das semelhanças entre as mulheres com vaginismo atualmente e as mulheres da época de Freud, o diagnóstico psicanalítico da histeria – e toda a sua metapsicologia freudiana pautada na lógica fálico/castrado – leva-nos a repensar o campo conceitual do feminino na atualidade. Trabalhar nos dias de hoje com mulheres e com o feminino, por meio da teoria psicanalítica, traz-nos um grande desafio, mas também uma enorme oportunidade de reflexão e de renovação de conceitos diante de uma teoria evidentemente falocêntrica criada sob um contexto cultural patriarcal na virada do século XX. Além do surgimento de novas patologias contemporâneas que localizam sua conflitiva na fase pré-edípica, a manutenção de uma teoria pautada em aspectos culturais anteriores fez a histeria e a respectiva fase fálica perderem espaço no âmbito do próprio meio psicanalítico.

5.1 O ontem e o hoje

Freud rompeu com muitos paradigmas de seu momento histórico. Trouxe tanto a ideia da sexualidade como fundadora do psiquismo quanto o conceito de inconsciente como aquilo que predomina nas entranhas da mente e determina o comportamento humano. Deu voz às angústias da mulher histórica em sua subjetividade. Mas ao pensar teoricamente o feminino, ficou preso às leis culturais que regiam a sociedade patriarcal à época.

Grandes foram as mudanças que a segunda metade do século XX e início do XXI trouxeram para a mulher na cena social e em sua condição de gênero. A mulher do século XIX tinha seu papel bem delimitado no espaço privado do lar, sendo a maternidade sua principal função. Já os homens eram os responsáveis pelo sustento econômico da família, podendo circular livremente no espaço público. A mulher do século XX surge a partir de sua inclusão no mundo do trabalho, de seu direito ao voto e à participação da vida pública, bem como da liberdade sexual e do direito ao controle de procriação.

Cada momento histórico convida os sujeitos a se moldarem aos papéis sociais com objetivos civilizatórios de cada época. Se na Idade Média a mulher era vista como “diabólica”, como uma bruxa que precisava ser queimada ao menor sinal de uma sexualidade considerada

pecaminosa, na época vitoriana do século XIX, essa mesma mulher passava a figura da pureza, daquela que representa a sensibilidade, destinada a sua verdadeira vocação feminina – a maternidade. Criou-se o mito da essência feminina, pautado pela submissão e domínio privado¹⁸⁷.

No momento de criação da psicanálise, à mulher estava apenas destinado o lugar da maternidade, não como escolha própria, mas como aquilo que lhe definiria como mulher. A figura da “mãe” passa então a ser idealizada, santificada e desprovida de erotismo. O prazer sexual é destinado às mulheres “da vida”, ao passo que o ideal de ego do século XIX é a figura da Madona, com sua sagrada maternidade. Nem sempre foi assim, pois a ideia de maternidade que há atualmente foi uma criação do século XVIII. Antes disso, a mãe tinha seus filhos, mas não era ela a cuidadora, pois estes eram cuidados pelas camponesas e amas de leite. Durante os anos em que as crianças ficavam sob cuidado das amas, as mães sequer tinham notícias de seus filhos. Com o surgimento da burguesia, nos séculos XVII e XVIII, surge a organização de família tal como a conhecemos atualmente, dada a importância da descendência dos filhos para permanência dos bens na família. O cuidado com a maternidade torna-se então algo importante.

A criação no século XX dos métodos anticoncepcionais permitiu a separação da sexualidade e da procriação, permitindo que a maternidade fosse uma escolha – e não mais uma imposição. A sexualidade e o prazer passaram a fazer parte do imaginário desse século, oportunizando à mulher a possibilidade de desfrutar as sensações do corpo. No entanto, a expectativa de Freud de que a diminuição da repressão pudesse ajudar as mulheres a obterem mais prazer sexual não foi totalmente cumprida, tal como aponta este trabalho de pesquisa. Atualmente, há a imposição cultural de “ter que gozar”, como um imperativo obrigatório que, muitas vezes, impede o desejo espontâneo. O corpo se encontra demasiadamente fetichizado no mundo contemporâneo, pois as exigências do corpo perfeito tomaram conta das mídias e se tornaram o dito passaporte para a felicidade. A experiência sexual também aparece idealizada no mundo atual, levando à ideia de que há um “lugar” da sexualidade perfeita, prazerosa e isenta de frustrações. O sexo tântrico e o pompoarismo, antes vistos como a sabedoria milenar do sexo sagrado, atualmente são vendidos como o caminho para o gozo perfeito. A mulher, sob este novo contexto, passa não somente a ter direito, mas a obrigação de desfrutar de sua plena capacidade sexual. Muitas mulheres, no entanto, ainda permanecem distantes da vivência de

¹⁸⁷ OLIVEIRA, Paula Affonso; NICOLAU, Roseane Freitas. Feminino em questão: diálogos contemporâneos entre psicanálise e feminismo. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. Especial 2, p. e8974, 2020.

sua sexualidade, demonstrando uma angústia ainda maior por não corresponderem aos ideais sexuais atuais.

Partindo de um pressuposto histórico, Birman¹⁸⁸ menciona o modo como os papéis sociais de homens e mulheres mudaram nos últimos dois séculos. Segundo o autor, até o século XVIII as mulheres podiam viver o sexo de forma mais livre do que as mulheres-mães do século XIX em diante, bem como “podiam gozar com uma desenvoltura erótica capaz de fazer corar as supostas jovens emancipadas da melancólica modernidade, na qual a figura da mãe sobrepujou quase completamente e dominou a figura erótica da mulher”¹⁸⁹. Além disso, a figura do homem ganhou em atributos de poder, passando a ser o legítimo representante do universo erótico, gozando de todos os direitos sexuais. A falicidade dos homens passou a ser o modelo daquilo que as mulheres gostariam de ser, como forma de readquirir seus direitos sexuais. Assim, como portadoras de um pênis/falo, as mulheres poderiam talvez ter a completude do ser, destituídas que foram de seu poder erótico. Freud, deu voz justamente aos dissabores da sexualidade dessa mulher de sua época, mas dado o seu tempo histórico, deu a tal aspecto uma interpretação atemporal, como se isso fosse desde sempre algo constitutivo na natureza feminina. A destituição erótica em que foi lançada a figura da mulher, aliada à perda de seu poder social, dá-nos a dimensão do tamanho do ressentimento feminino face ao homem, o que se transformou em importantes lutas feministas de combate às desigualdades sociais para as mulheres.

Os atributos ao gênero feminino mudaram, de modo que a mulher doce, meiga, submissa e deserotizada não representa mais os ideais do ser mulher na contemporaneidade. Mudanças nos discursos sobre sexualidade e nos papéis de homens e mulheres na atual sociedade deram origem a novas subjetividades e a sintomas diferentes, o que nos obriga a repensar os pressupostos metapsicológico de anteriormente, buscando reorganizá-los diante de tais mudanças. De forma emblemática, afirma Alonso que

as subjetividades se produzem nas condições históricas e as teorias também. Não reconhecer as mudanças dos lugares sociais e dos imaginários culturais, bem como seus efeitos na subjetividade, pode levar-nos a considerar essências biológicas, ou de algum outro tipo, formas que são efeito de condições históricas. Ao mesmo tempo em que se pode deixar as teorias petrificadas nos seus pontos cegos – nos lugares em que estas não conseguiram ser teorias para manter-se, ao contrário, como expressões ideológicas do momento no qual foram produzidas – sem a força e a vitalidade necessária para dar conta dos desafios da clínica contemporânea.¹⁹⁰

¹⁸⁸ BIRMAN, Joel. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Editora 34, 1999.

¹⁸⁹ Ibidem, p. 185.

¹⁹⁰ ALONSO, Silvia Leonor. Prefácio. In: ALONSO, Silvia Leonor; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 13-19. p. 18.

Logo, um novo lugar para o feminino foi sendo conquistado na cena social do último século, disparando a necessidade de articularmos a clínica com a cultura, de modo a tentar não enfatizar a existência de um “eterno feminino”, em contrapartida à universalidade do masculino e do fálico. É possível pensar no feminino não pela lógica do falo, mas pela lógica da diferença e da alteridade, como veremos a seguir.

5.2 Complexo de Édipo: a lógica fálica ainda faz sentido?

Por meio das discussões acerca da mulher na contemporaneidade encontrei um caminho muito fértil acerca das questões do feminino na psicanálise. Trata-se de um debate importante para repensar a mulher não enquanto essência ou negativo do homem, mas como uma posição de limite entre eu e o outro.

O complexo de Édipo, como experiência nuclear para o desenvolvimento da subjetividade de cada um de nós, seria universal para qualquer cultura ou época histórica, segundo Freud. Contudo, as profundas modificações no papel da mulher na sociedade e na família, que são centrais nas vivências deste complexo, teriam gerado transformações nesse importante conceito da psicanálise? Muitos analistas contemporâneos têm chamado a atenção para os novos modos de subjetivação decorrentes das profundas mudanças sociais do século XX e XXI. Portanto, devo dedicar um espaço nesse trabalho também para abordar as polêmicas discussões acerca do conceito de complexo de Édipo no último século, já que as vivências edípicas configurariam pontos importantes na constituição do feminino e do masculino.

O Édipo pertencente à fase fálica desencadeia conflitos relativos à triangulação do desejo, no que se refere às relações entre pai, mãe e filho. A pequena criança se apaixona por um dos genitores e rivaliza com outro, que o impede de ocupar o lugar ao lado do genitor desejado. O Édipo surge como o desencadeador dos desejos humanos, que ultrapassam o biológico e revelam uma grande plasticidade. Os objetos aos quais a pulsão direciona sua satisfação, bem como a fonte que a alimenta e a sua intensidade são variáveis, múltiplos e vinculados às experiências subjetivas de cada sujeito com seus cuidadores.

Cabe lembrar aqui as formulações freudianas sobre o complexo de castração, as quais são pertinentes a essa discussão. Além de todo o interesse amoroso da criança pequena em relação a um dos genitores, o complexo de Édipo freudiano aponta para a problemática da castração presente na fase fálica. No âmbito das teorias sexuais infantis, há a fantasia criada pelas crianças de que todos os seres vivos possuem pênis. A partir dessa vivência comum,

meninos e meninas seguiriam caminhos diferentes, quais sejam: a angústia da castração neles, e a inveja do pênis nelas.

O menino na fase fálica descobre seu pênis e começa a se masturbar, recebendo de seus pais a proibição do ato e, como consequência, a angústia de castração. Quando reconhece a diferença genital das meninas, interpreta-a como castração. Imagina, portanto, que se as meninas não têm pênis, é porque já foram castradas, o que realça o medo de também perder o seu próprio órgão. Isso o faria abandonar os desejos edípicos pela mãe, temendo a castração que poderia ser executada por seu pai.

Quanto à menina, ela também atribui um falo a todo ser vivo, e quando percebe a diferença genital em relação aos meninos, sente-se inferior, considera-se mutilada e desenvolve uma inveja em relação ao pênis. Esse sentimento de inferioridade pode levá-la a se depreciar, bem como a todas mulheres, inclusive a própria mãe. Desenvolveria, a partir de então, uma intensa rejeição pelo seu órgão genital, o que lhe dificultaria a masturbação. A menina, desiludida com a mãe, desloca o seu desejo para o pai, pretendendo alcançar sua reparação narcísica tendo um filho com ele. Estas são as formulações freudianas acerca do complexo de castração, as quais nos parecem dignas de alguma reflexão e ponderação.

Na teoria psicanalítica do início do século XX, o feminino é definido pela falta ou negativo em diversas passagens da metapsicologia freudiana, como na teoria do complexo de castração. Tais referências parecem não fazer mais sentido na atualidade, tornando evidente que Freud, na construção de sua teoria, principalmente sobre o feminino, foi profundamente influenciado pelo contexto histórico patriarcal.

Ferraz¹⁹¹ enumera alguns pontos que demonstram o discurso falocêntrico na obra de Freud, a saber: 1. Em 1905, em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud afirma que “a libido é invariável e necessariamente de natureza masculina, ocorra ela em homens ou mulheres e independente de ser seu objeto um homem ou uma mulher”; 2. Em toda a obra, mas explicitamente no artigo intitulado “A dissolução do Complexo de Édipo”, de 1924, perpassa a noção de que o pênis é um órgão designado pela positividade, ao passo que a vagina é descrita pelo negativo, tendo como referência a falta do pênis, transformando o genital feminino no emblema da castração; 3. Em “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, de 1933, Freud deixa claro que, em decorrência da falta do pênis, a mulher não mantém a mesma relação com a lei, tal como o fazem os homens, o que as leva a portarem um

¹⁹¹ FERRAZ, Flavio Carvalho. O primado do masculino em xeque. In: ALONSO, Silvia; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 57-71. p. 58.

superego com pouca exigência moral e pouco senso de justiça; 4. Nos artigos “A dissolução do Complexo de Édipo” e também em “Algo mais que um brilho fálico: considerações acerca da inveja do pênis” (ambos de 1924), o pênis é descrito como falo e tem para o menino um grande valor narcísico. Por medo de perder essa parte do corpo tão valiosa (medo da castração), o menino renuncia ao desejo edípico. Para a menina, só resta a inveja do pênis; 5. Nos referidos artigos anteriores, a posição masculina é citada como sendo um traço de primariedade, pois se constitui de um modo quase direto, ao contrário da feminilidade, que apresenta um caminho mais longo e tortuoso para se constituir; 6. No artigo de 1924, sob o título “O problema econômico do masoquismo”, Freud nomeia de “masoquismo feminino” a forma de masoquismo referente aos homens que se entregam eroticamente a maus-tratos, por assimilarem inconscientemente o ato de “apanhar” àquele de “ser cuidado”, em uma regressão à posição infantil. Desse modo, o “feminino” estaria associado diretamente ao infantil; 7. Em “O mal-estar na civilização”, de 1930, Freud menciona que as mulheres tornam-se hostis às exigências da civilização, pois sustentam o interesse da família, enquanto o homem parte rumo à obra civilizadora (comunidade). No artigo de 1933, intitulado “Feminilidade”, Freud menciona algo parecido ao pontuar que “também consideramos as mulheres mais débeis em seus interesses sociais e possuidoras de menor capacidade de sublimar os instintos do que os homens”¹⁹².

Após a apresentação desses pontos, parece ficar evidente que tais assertivas não puderam se sustentar fora do tempo histórico de Freud, pois demonstram uma visão de mundo impregnada pelo patriarcalismo. É impossível não pensar nas coordenadas políticas, históricas, ideológicas e éticas que sustentaram a teoria psicanalítica em sua formulação.

Revisões e modificações vêm sendo feitas por autores pós-freudianos na teoria psicanalítica com base na obra freudiana. Na obra lacaniana, a figura do pai surge como central no importante conceito de “Nome do Pai”, demonstrando uma insistência na posição ainda estratégica do falo no âmbito do discurso psicanalítico, só que, dessa vez, de uma forma simbólica e, portanto, já diferente da versão freudiana. O conceito de “falo” se distanciou do órgão sexual masculino, não se referindo mais ao pênis propriamente dito, mas sim ao papel que esse órgão desempenha na fantasia. Lacan se concentra na função do falo como significante da *falta e diferença sexual*, sendo tais elementos estruturadores do psiquismo. No complexo de Édipo descrito por Lacan, o falo é um objeto imaginário que circula entre a mãe e a criança no período pré-edípico. A mãe, desejante desse falo, impõe à criança os seus desejos e faz dela o

¹⁹² FREUD, Sigmund. (1933). Feminilidade. Conferência XXXIII. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 76-92. p. 91.

seu falo, o seu objeto de desejo; a criança, por sua vez, procura satisfazer os desejos da mãe e acaba se identificando como seu falo. Ao pai, cabe a importante função de entrar nesse triângulo edípico e impedir que a criança permaneça eternamente identificada com esse falo. A criança é então confrontada com a “castração”, fazendo com que tenha que decidir entre aceitar que não poderá ser o falo da mãe, ou então rejeitar essa ideia, a fim de continuar ocupando o pedestal fálico dessa mãe¹⁹³.

Tanto para meninos quanto para meninas, é possível observar de uma forma clara essa dinâmica de funcionamento das relações entre pais e filhos, demonstrando que a ampliação teórica de Lacan preserva aquilo que é significativo para a psicanálise, só que de um modo menos “genital” do que na teoria freudiana. Nas mulheres com vaginismo, é possível perceber o “pedestal fálico” ocupado pela maior parte delas na relação com suas mães, como veremos nos próximos capítulos.

Lacan buscou ampliar a concretude dos conceitos ao trazer um caráter mais abstrato para os aspectos teóricos fundantes da psicanálise. A ideia de “pai” e “mãe” também foi ampliada, a fim de que pudesse ser encarada mais como funções do que como objetos restritos a este ou àquele gênero. Dessa forma, passou-se a falar em “função materna” e “função paterna”, no intuito de que se ampliasse a utilização de seu discurso e tornasse o conceito mais abstrato.

Como afirma Ferraz:

deste modo, o Complexo de Édipo, antes descrito sob o vértice da família burguesa ocidental, pôde ganhar uma aplicabilidade universal por não mais se referir a figuras demarcadas de pai e mãe, mas por dizer respeito a elementos estruturais de toda e qualquer cultura.¹⁹⁴

Neste sentido, observa-se na teoria lacaniana uma tentativa de ampliar e expandir os conceitos freudianos, mas as novas nomenclaturas ainda fazem menção à experiência de castração como fundadora do psiquismo humano. O conceito de falo, que se distanciou do pênis como órgão sexual masculino, manteve o mesmo termo que o define. Mas se o falo lacaniano se refere à abstração que pode assumir em diversas configurações na vida fantasmática do sujeito, por que manter o mesmo termo? Ferraz¹⁹⁵, ao tecer uma crítica a tal aspecto, afirma

¹⁹³ FERRAZ, Flavio Carvalho. O primado do masculino em xeque. In: ALONSO, Silvia; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interloquções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 57-71.

¹⁹⁴ Ibidem, p. 62.

¹⁹⁵ Ibidem, p. 63.

que “mesmo que não se trate do pênis, mas de sua representação, o primado do masculino permanece o mesmo dentro da teoria psicanalítica”.

Robert Stoller, psicanalista norte-americano que atuou na Universidade da Califórnia como pesquisador sobre os gêneros, foi muito criticado por tentar encontrar a causa da transexualidade, com a intenção de evitá-la ou curá-la. Stoller endossava a terapia de conversão para crianças, afirmando que tal condição patológica poderia ser revertida se fosse abordada ainda na infância, quando a identidade de gênero está se formando. Em 1984, Stoller publica um artigo em que aparece pela primeira vez a ligação entre a psicanálise e os estudos de gênero, cunhando o termo “identidade de gênero”¹⁹⁶. Contudo, ao estudar os distúrbios de gênero, tais como o transexualismo ou travestismo (como eram chamados à época), Stoller se dizia insatisfeito com a explicação da psicanálise clássica, que recorria à angústia de castração para explicar tal fenômeno. Considerava esse conceito excessivamente anatômico e despojado de conotações de identidade¹⁹⁷.

Em uma tentativa de subverter a teoria freudiana, Stoller¹⁹⁸ procurou modificar os preceitos psicanalíticos conferindo ao seio um lugar semelhante ao que o falo vinha ocupando na teoria. Propôs uma outra forma de compreender o complexo de Édipo freudiano, afirmando que a feminilidade da menina não é um processo identificatório tão longo e sinuoso – tal como afirmava Freud – em comparação ao do menino.

Na perspectiva de Freud, o primeiro objeto de amor do bebê é sempre a mãe, seja para meninos ou para meninas. O fato é que, referente ao menino, este já se encontraria na posição heterossexual, enquanto no tocante à menina, partindo de uma posição homossexual, para atingir a feminilidade, haveria um caminho mais longo, tendo que realizar duas mudanças: teria que abandonar o investimento libidinal pela mãe, a fim de direcioná-lo a uma figura masculina, bem como teria que fazer a passagem da zona erógena clitoridiana (vista como órgão similar ao pênis e, portanto, pertencente à sexualidade masculina original da menina) para a vagina.

No que diz respeito à determinação da identidade de gênero, a teoria freudiana concede um papel primordial à fase fálica e às respectivas vivências da angústia de castração e da inveja do pênis. Entretanto, Stoller¹⁹⁹ menciona que existe um estágio mais precoce no desenvolvimento da identidade, em que o menino e a menina estão fundidos com a mãe. Este

¹⁹⁶ STOLLER, Robert. A contribution to the study of gender identity. **International Journal of Psychoanalysis**, n. 45, p. 220-226, 1964.

¹⁹⁷ PORCHAT, Patricia. **Psicanálise e transexualismo**. Curitiba: Juruá, 2014.

¹⁹⁸ STOLLER, *op. cit.*

¹⁹⁹ *Ibidem*.

estágio permite que a criança vivencie um sentimento que se torna o fundamento da feminilidade, e esta seria anterior em relação à masculinidade. Stoller inverte o sentido da construção de gênero em Freud, não relativamente à escolha de objeto (para ambos – meninos e meninas –, a mãe é o primeiro objeto), mas à identidade de gênero. A menina encontra muito cedo a satisfação em ser mulher em razão da identificação primeira com a mãe, ao passo que o menino terá que percorrer um caminho complexo em busca de sua masculinidade²⁰⁰.

A menina, originalmente identificada com a mãe, não teria necessidade de fazer mudanças tão radicais rumo à feminilidade. Já os meninos, contudo, precisam realizar uma “desidentificação”, o que pode lhes causar intensa ansiedade, resultando em um aprisionamento na identificação materna e uma consequente dificuldade em atingir a masculinidade, destino identificatório altamente idealizado em nossa cultura.

Portanto, para Stoller²⁰¹, não há a primazia do falo, mas sim do seio, como atributo feminino que uma criança deseja primariamente possuir, indicando a existência de uma feminilidade primária. Segundo Ferraz²⁰², este modo de pensar resulta em uma conclusão, a de que “os homens, quando fantasiam um pênis na mulher, não o fazem para negar a inferioridade dela, mas sim a sua superioridade”.

Silvia Bleichmar, importante psicanalista argentina, trabalhou durante toda sua obra buscando um reordenamento da questão sexual no âmbito da teoria psicanalítica. Ao estudar sobre a categoria de “gênero”, demonstra que a sexualidade humana não é redutível aos modos genitais, articulados pela diferença dos sexos. Tendo sido orientada em seu doutorado, em 1983, por Laplanche, a autora questiona a ideia de que seria apenas na fase fálica – por meio da percepção da diferença anatômica dos sexos – que se estabeleceriam as identificações ou escolhas objetais. Bleichmar²⁰³ aponta para um momento anterior à fase fálica e mais precoce da criança, em que o contato com os cuidados dos adultos desperta nela sensações prazerosas, já abrindo espaço para as primeiras ligações libidinais e as identificações de gênero. Ela assevera que

[...] esses movimentos pulsionais são, a princípio, anteriores ou, melhor dizendo, têm sua origem em tempos prévios ao reconhecimento pela criança de que há um modo de bipartição da espécie humana que está determinado pelo sexo. A diferença entre

²⁰⁰ PORCHAT, Patricia. **Psicanálise e transexualismo**. Curitiba: Juruá, 2014.

²⁰¹ STOLLER, Robert. A contribution to the study of gender identity. **International Journal of Psychoanalysis**, n. 45, p. 220-226, 1964.

²⁰² FERRAZ, Flavio Carvalho. O primado do masculino em xeque. *In*: ALONSO, Silvia; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interloquções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 57-71. p. 65.

²⁰³ BLEICHMAR, Silvia. A identidade sexual: entre a sexualidade, o sexo e o gênero. Trad. Maria Cristina Perdomo e Rogéria Coutinho Brandani. **Boletim Formação em Psicanálise**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 91-104, 2022.

homens e mulheres com as quais se estabelece a bipartição marcada por signos de cultura não remete no início, necessariamente, a masculino-feminino. Está articulada pela diversidade de signos, e não pela diferença anatômica e, em função disso, não tem incidência na orientação do desejo sexual-pulsional da criança, mas nos modos com os quais se determina seu pertencimento a um gênero ou a outro gênero.²⁰⁴

A autora menciona também que a sexualidade não é um caminho linear, que vai da pulsão parcial à assunção da identidade, passando pela fase fálica e pelo complexo de Édipo, como declarou Freud. A ênfase da autora a respeito da sexualidade se apoia na ideia de que a pulsão tem sua origem no outro, mais precisamente, na pulsão materna. A sexualidade inconsciente da mãe (ou de quem exerce a função materna), com seus afetos, carícias e cuidados corporais de higiene, seria a origem das inscrições traumáticas dos primeiros tempos de vida.

Mesmo na época de Freud, nem todos os psicanalistas concordavam com sua teoria acerca do feminino. Nesta ocasião, Karen Horney, psicanalista alemã, opõe-se em diversos aspectos à metapsicologia freudiana. O período da década de 20 foi marcado por inúmeros debates sobre o tema, tendo acabado por separar os teóricos em duas vertentes: a vienense, mais alinhada às ideias de Freud, representada por Marie Bonaparte, Helene Deutsch e Ruth Mack Brunswick; e a inglesa, mais crítica a Freud, representada por Karen Horney, Melanie Klein e Ernest Jones.

Nos anos 20, os debates psicanalíticos em torno da sexualidade feminina dialogavam com os movimentos feministas, os quais ganhavam cada vez mais espaço político e social. O aumento de mulheres no mercado de trabalho e as conquistas jurídicas em torno de direitos sociais faziam com que aumentasse a luta pela autonomia também no campo sexual. O conceito psicanalítico de pulsão, por exemplo, enquanto energia presente em todos os seres humanos, independentemente das finalidades reprodutivas, tinha apelo político para as feministas nas primeiras décadas do século XX, em sua relação com a luta pela igualdade e contra as restrições impostas pela organização social²⁰⁵.

O principal ponto de divergência entre Horney e Freud apontava para o fato de o complexo de castração ser considerado um processo único – tanto para meninos quanto para meninas – e pautado no pênis. Nesse sentido, para Freud, o clitóris seria uma versão feminina do pênis, libidinalmente desinvestido à medida que a vagina entra em cena; contudo, a menina sempre padeceria de inveja do pênis, ideia esta fortemente combatida por Horney.

²⁰⁴ BLEICHMAR, Silvia. A identidade sexual: entre a sexualidade, o sexo e o gênero. Trad. Maria Cristina Perdomo e Rogéria Coutinho Brandani. **Boletim Formação em Psicanálise**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 91-104, 2022. p. 95.

²⁰⁵ AMORIM, Patrícia Mafra. **Karen Horney, o feminismo e a feminilidade**: um desmentido na história da psicanálise. 2021. 135 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Horney²⁰⁶ questiona a ideia de que as mulheres se sentem em desvantagem por terem uma vagina e não um pênis, problematizando a perspectiva de que todas as formas de complexo de castração encontrado nas mulheres se baseiam apenas na insatisfação da ambição de ter um pênis.

Em seu artigo intitulado “A gênese do complexo de castração nas mulheres”, publicado em 1923, ela pontua uma das causas para a inveja do pênis nas mulheres como sendo decorrente da visão dos homens urinando de pé (erotismo uretral). Horney²⁰⁷ afirma que mesmo que em alguns casos possivelmente ocorra um sentimento de desvantagem nas meninas, a importância desse fato aparece de maneira muito exagerada na teoria psicanalítica. Ademais, não concorda com a ideia de que a menina estaria em desvantagem porque lhe faltavam os componentes narcísicos e exibicionistas do ato de urinar. A autora comenta que o desejo masturbatório em meninos é muito mais bem aceito do que nas meninas em função da necessidade deles de segurar o pênis para urinar, o que configuraria um ponto de inveja das meninas, já que pelas diferenças anatômicas elas não teriam o mesmo contato com seu órgão genital.

Outro aspecto interessante da obra de Horney é acerca de como a teoria psicanalítica não leva em consideração outras diferenças biológicas atreladas aos papéis masculino e feminino. Há uma supervalorização das diferenças genitais anatômicas, mas não se considera a diferença relativa à função reprodutiva. Mulheres podem gerar bebês, mas os homens, por sua vez, participam da reprodução apenas com o sêmen. A partir do que observa em sua clínica, Horney²⁰⁸ menciona a existência de uma inveja nos homens no que se refere à maternidade, podendo essa inveja ser mais facilmente sublimada pelos homens do que a inveja do pênis nas mulheres. Comenta que o grande impulso criativo dos homens seria uma forma sublimatória de compensar o seu papel relativamente pequeno no processo reprodutivo.

A autora também defende a existência de um medo da vagina, o qual é possível ser observado na dinâmica psíquica de homens, tanto heterossexuais quanto homossexuais, o que refutaria a tese freudiana do reconhecimento infantil de uma única genitália, a masculina. A autora declara que a angústia de castração masculina é oriunda de seu horror em serem reabsorvido pela vagina, bem como pelo pavor de se tornar uma mulher, mais do que seu medo de perder o pênis.

Mas o seu mais importante trabalho sobre o feminino, que se encontra diretamente relacionado com a temática da presente tese, encontra-se no artigo publicado originalmente no

²⁰⁶ HORNEY, Karen. **Psicologia feminina**. Trad. Talita Rodrigues. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

²⁰⁷ Ibidem.

²⁰⁸ Ibidem.

ano de 1933, intitulado “A negação da vagina: uma contribuição para o problema das angústias genitais específica nas mulheres”²⁰⁹. Contra a fundamentação freudiana acerca do desconhecimento da vagina, a autora leva em consideração as observações de Josine Muller, uma médica psicanalista alemã que argumenta que desde o início a vagina teria um papel importante no desenvolvimento da sexualidade feminina, procurando dar uma positividade à feminilidade. Por meio de diferentes exemplos, ela demonstra que meninas pequenas reconhecem a vagina, que seria então a sede original dos impulsos instintivos femininos²¹⁰.

Horney²¹¹ demonstra que a vagina já é percebida desde muito cedo pelas meninas, inclusive sendo utilizada para práticas masturbatórias, tão frequentemente quanto o clitóris. Afirma ainda que na masturbação genital feminina, é muito mais comum a escolha do clitóris do que da vagina, contrariando a norma freudiana que determina o prazer clitoriano como infantil e imaturo. Para a autora, as fantasias de penetração, sonhos e brincadeiras simbolicamente vinculados ao tema expressam a existência de algum grau significativo das excitações vaginais infantis, levando à hipótese de que desde o início a vagina apresenta papel sexual próprio e adequado.

Amorim e Belo salientam que

Horney aponta para o recalçamento das sensações vaginais pelas mulheres que se apresentam para a análise, mas mantém a posição de investigação analítica, atentando-se para os sinais desse recalçamento, como os distúrbios sexuais presentes nas mulheres e mesmo as fantasias de estupro, as quais indicam forte angústia diante da consciência prévia da cavidade vaginal.²¹²

É importante notar que a ideia de Horney acerca de que as fantasias de estupro destacam um possível reconhecimento prévio da vagina parece fazer todo o sentido diante de diversas pacientes com vaginismo que relacionam a ideia da penetração vaginal com um estupro, mesmo sem nunca terem vivido qualquer experiência de tamanha agressividade.

Horney²¹³ propunha que a feminilidade era primária e inata. Atribuía a escolha de um objeto heterossexual da mulher a essa feminilidade inata, fundada na biologia do sexo feminino e na consciência da vagina – e não na frustração pela falta de um pênis. Na visão dessa autora,

²⁰⁹ HORNEY, Karen. **Psicologia feminina**. Trad. Talita Rodrigues. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

²¹⁰ SOUZA, Clara Amarante. **Sexualidade, feminismo e psicanálise**: diálogo entre Freud e Karen Horney. 2022. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

²¹¹ HORNEY, *op. cit.*

²¹² AMORIM, Patrícia Mafra; BELO, Fabio Roberto Rodrigues. A monogamia em Karen Horney: considerações acerca das construções psicanalíticas sobre feminilidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 246-268, 2020. p. 252.

²¹³ HORNEY, Karen. **Psicologia feminina**. Trad. Talita Rodrigues. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

“a principal preocupação da menina era com o que ela possuía, não com o que ela não tinha. Ela estava, antes de mais nada, preocupada com sua vagina, o espaço dentro do seu corpo, não com o pênis do menininho”²¹⁴.

Horney foi muitas vezes mal interpretada, pois era vista como excessivamente culturalista, movida por suas explicações sociológicas. No entanto, paradoxalmente, suas formulações priorizavam as percepções dos genitais e de suas sensações. Para ela, a feminilidade e a masculinidade foram criadas na natureza e correspondem à biologia. Nesse sentido, as ideias de Horney se aproximam às de Freud, mudando apenas a pergunta em questão: Freud se questiona qual seria o efeito sobre a vida mental da menina no que se refere à descoberta de que ela não possui um pênis? Já para Horney, a pergunta seria se a menina tem consciência de sua vagina e quais são as consequências disso em seu psiquismo²¹⁵.

Uma das maneiras de afirmar a superioridade do masculino sobre o feminino obedece aos mesmos princípios da psicologia do preconceito, pois a lógica que conduz ao pensamento de que “todos devem ter pênis” é a mesma daquela que nos faz pensar que “todos devem ser católicos ou ser da cor branca”. Logo, aquele que não cumpre tal requisito será visto como inferior. Assim sendo, há uma pressuposição aprendida que antecede e direciona a percepção daquilo virá a seguir. Conferir valor ao pênis como órgão visível e proeminente é atribuir positividade a sua percepção, ao passo que a invisibilidade do aparelho genital feminino atribuirá à vagina o registro da falta, corte, fenda ou buraco. Como demonstra Ferraz²¹⁶, não se nomeia como ato resultante de uma percepção aquilo que já não fora antes delimitado como categoria perceptiva pela linguagem.

A vagina, ou melhor, a vulva, parece ter sido retirada das categorias de linguagem de toda uma época, impedindo a sua percepção e reconhecimento de positividade. Recordo-me de uma paciente com vaginismo que me contou a seguinte história, que não se refere propriamente ao reconhecimento da vulva, mas da sexualidade como um todo. Quando criança, em sua casa havia gaiolas de passarinhos; em uma delas ficavam dois pássaros de cores diferentes, um era todo branco e o outro possuía o corpo branco, mas com o peito preto. Um belo dia, a criança resolve perguntar para a avó por que os pássaros eram diferentes, recebendo como resposta uma

²¹⁴ PERSON, Ethel; OVESEY, Lionel. Teorias psicanalíticas da identidade de gênero. Trad. Monica Seincman e Eduardo Seincman. In: CICCARELLI, Paulo Roberto (org.). **Diferenças sexuais**. São Paulo: Escuta, 1999. p. 121-150. p. 129.

²¹⁵ Ibidem.

²¹⁶ FERRAZ, Flavio Carvalho. O primado do masculino em xeque. In: ALONSO, Silvia; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 57-71.

grande bronca, ressaltando-lhe que jamais deveria perguntar aquilo novamente. Tempos mais tarde, descobriu que os pássaros eram macho e fêmea, e logo passou a perceber que tal assunto, em sua casa, era inominável. A diferença significava o sexual, aquilo que não podia ser nomeado. De fato, essa moça cresceu ausente de representações quanto às vivências de sua sexualidade, que eram experimentadas sempre com muita angústia e pouca capacidade de simbolizá-las.

Diversas discussões e modificações nos conceitos freudianos marcaram o universo psicanalítico no último século. Acomodar tais conceitos ao momento contemporâneo tira a psicanálise da rotulação de uma teoria universalista e atemporal. Parece não fazer mais sentido falar em inveja do pênis ou que o clitóris da menina é um pênis não desenvolvido. O apagamento da vulva como órgão de identificação primária feminina é, sobretudo, histórico e cultural.

No entanto, é importante ressaltar que o complexo edipiano, a meu ver, representa uma vivência estruturante e fundamental para o desenvolvimento psíquico, desde que visto de forma ampliada e simbólica, levando em consideração as relações amorosas e libidinais da criança com seus genitores nos primeiros anos de vida. Para enriquecer a discussão, abordarei a seguir uma forma ampliada de compreensão do Édipo, sem, no entanto, deixar de lado a importância de tal complexo para a construção libidinal dos sujeitos.

5.3 Complexo de Édipo: um conceito ampliado

Os novos sujeitos contemporâneos e suas patologias trazem novas interrogações sobre a teoria psicanalítica, as quais devem ser dignas de destaque nessa pesquisa que possui como temática o feminino. Pensar o complexo de Édipo em sua forma ampliada pode ser considerado válido e fundamental para a compreensão da dimensão psíquica dos sujeitos e, principalmente, das mulheres atualmente históricas e de suas dificuldades sexuais.

Como já abordado acima, mudanças significativas ocorreram na cultura da época moderna para a atual. As grandes instituições da modernidade, tais como família, igreja, educação e política, entraram em crise e perderam o poder de ditar as verdades sobre a vida dos sujeitos. Em uma clara relação hierárquica, tais instituições simbolizavam grandes “figuras paternas” direcionadoras, o que já não acontece mais atualmente.

Diversos autores psicanalíticos contemporâneos identificam que o estilo de produção subjetivo centrado na figura paterna hierarquizada tende a desaparecer^{217 218 219}. O declínio da sociedade patriarcal e do poder do pai enquanto autoridade gera incertezas dos modelos identificatórios na contemporaneidade, dando origem às novas psicopatologias²²⁰.

O sistema simbólico na modernidade, que figurou até meados do século XX, atribuía um significado estático aos fenômenos humanos, dando a impressão de serem únicos e naturais, tornando os valores culturais absolutos e universais. Há como exemplo a ideia, que esteve presente por muito tempo, de que o correto seria o casamento de escolha heterossexual, e de preferência, com filhos. Deste modo, qualquer outra forma de relacionamento e escolha amorosa foi considerada errada e antinatural. As regras sociais na modernidade são mais rígidas, produzindo uma forma de subjetividade em que o sujeito tem que se esforçar para poder caber dentro da “caixinha” daquilo que é considerado legítimo. A modernidade produz a forma de sofrer típica das neuroses, pois este sofrimento é produzido pela obrigatoriedade de se adequar a alguns poucos modos de ser²²¹.

A vantagem de haver instituições fortes é que as referências identitárias a partir das quais nos constituímos estão dadas e são vividas como sólidas e confiáveis. A desvantagem é que há poucas opções de vida consideradas legítimas. Nesse contexto cultural, quem não cabe no modelo único sofre e se culpa por se sentir (e por ser, efetivamente) diferente e desviante da norma.²²²

Já a contemporaneidade é pautada pelo discurso horizontal com o outro, com o seu semelhante, pois em nossa cultura a figura hierárquica do deus todo poderoso, do monarca, do pai, tem perdido gradativamente o seu significado. O declínio da função paterna teve início já no século XVIII, quando novos valores burgueses vinculados ao acúmulo de renda tornaram sem sentido aqueles valores relativos à autoridade do pai: honra, dignidade, respeito à lei.

No conceito lacaniano “Nome do Pai”, a função paterna seria a responsável por interditar os desejos edípicos entre mãe e filho, favorecendo à criança a construção de uma subjetividade capaz de recalcar seus desejos incestuosos e de habitar o mundo social. O declínio da função paterna nas sociedades ocidentais contemporâneas seria o motor da multiplicação das patologias dos “estados limites”. Segundo Rassial²²³, os adultos que não saem da casa dos pais e não têm filhos, bem como aqueles que não assumem responsabilidades profissionais, os eternos estudantes

²¹⁷ RASSIAL, Jean Jacques. **O sujeito em estado limite**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

²¹⁸ MELMAN, Charles. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. Porto Alegre: Ed. CMC, 2003.

²¹⁹ MILLER, Jacques-Alain. **Breve introducción al más allá del Edipo**. Buenos Aires: Paidós, 2005.

²²⁰ MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019.

²²¹ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

²²² Ibidem, p. 288.

²²³ RASSIAL, *op. cit.*

de pós-graduação que adiam a entrada no mercado de trabalho, seriam os sujeitos contemporâneos que vivem suas adolescências prolongadas em função da ausência da ordem paterna.

O ponto central da vivência contemporânea está na fragilidade da função paterna, na queda do poder da “ordem hierárquica” que impõe a norma a ser seguida. As pessoas são mais livres para viver e desejar conforme sua singularidade, porém são mais solitárias, pois precisam se estruturar a partir de si mesmos, sem que haja o apoio simbolizante das instituições, o que torna esse percurso mais angustiante. Ser “diferente” se tornou atualmente quase uma obrigação para os jovens, fazendo com que todos se tornem iguais na ausência de padrões.

O psiquismo depende das significações oferecidas pelas instituições, que tem como veículo a função materna, para poder atribuir algum sentido à realidade e, deste modo, simbolizar as experiências emocionais. Na ausência de verdades absolutas, tudo se torna possível. Há a liberdade, mas também a necessidade de encontrar sozinho o seu próprio caminho.

Como demonstra Minerbo:

quem não consegue, fica perdido, sem chão, sem rumo, sem projeto de vida. A insuficiência/fragilidade das instituições e do símbolo também produz várias formas de mal-estar na pós-modernidade. Como vemos, instituições excessivamente fortes produzem um tipo de mal-estar na civilização, e instituições excessivamente frágeis produzem outro tipo de mal-estar.²²⁴

A crise das instituições no mundo contemporâneo tem consequências sobre a psiquê materna, que atualmente já não conta mais com as certezas absolutas de anteriormente. Em outro tempo, a mãe, a avó ou as mulheres da família contribuía com a sabedoria passada de geração em geração, na tarefa de cuidar dos filhos. Atualmente, a jovem mãe é responsável por criar, a partir de si mesma, o que é bom ou mau, certo ou errado. As angústias são maiores e a insegurança sentida pode ser transmitida ao bebê. Surgem as redes sociais, que entram no lugar que anteriormente era ocupado pela família, como uma rede de apoio afetivo-simbolizante em que mães podem trocar seus anseios, medos, inseguranças e encontrar novos modelos identificatórios de continência. Uma infinidade de perfis em redes sociais abordam os modelos de parto humanizado, assim como técnicas educativas que ensinam mães a desmamar a criança, a introduzir a alimentação, a estimular o desenvolvimento do bebê etc. Uma diversidade de possibilidades, mas com pouco sentido simbólico e subjetivo para cada mulher. Como demonstra Minerbo²²⁵, há na contemporaneidade uma mal-estar relativo à miséria simbólica decorrente do declínio do poder das instituições.

²²⁴ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019. p. 290.

²²⁵ Ibidem.

Com a queda do poder patriarcal, ou seja, na ausência de um deus, um rei ou de um pai, as sociedades contemporâneas organizam-se ao redor da figura do bem-dotado, do bem-sucedido, daquele que busca a manutenção do *status quo*. Em um mundo capitalista, foi preciso criar novas figuras que continuem a carregar a imagem da completude, daquele a quem nada falta. Em uma sociedade patriarcal, ao homem cabe a manutenção dessa posição, e à mulher é reservado o papel daquela que não tem, a quem falta algo. Na nossa atual cultura, a sociedade, já não tão hierarquizada, organiza-se em grupos semelhantes e homogêneos, já que a alteridade é ameaçadora. Busca-se fazer identificações na horizontalidade, nos iguais. Já aqueles reconhecidos como diferentes passam a ameaçar ou se tornam inimigos, seja em âmbito político, nos grupos religiosos ou nas torcidas de futebol²²⁶.

Lebrum²²⁷ assinala a predominância atual do discurso técnico-científico em substituição ao discurso religioso de outrora, modificando e dificultando a capacidade simbólica em nossa cultura. Enquanto o discurso da religião promovia uma organização centralizada e vertical (hierárquica) da sociedade, o discurso da ciência estimula uma organização com múltiplos centros e horizontal, uma sociedade sem a “autoridade paterna”. Neste sentido,

o saber científico, anônimo, acéfalo, hiperproduziria objetos de consumo dentro da economia de mercado neoliberal, de um modo cego. Nesse mundo de excessos, tudo seria possível. Seria como se nossa sociedade não transmitisse mais as proibições fundantes: incesto e assassinato. O pai, desautorizado, não seria mais a garantia das interdições. Desordenar-se-iam as diferenças entre os sexos e as gerações, na confusão das referências simbólicas.²²⁸

Miguel²²⁹ destaca, no entanto, que novos poderes alternativos têm surgido diante do declínio do poder paterno, e que se corre o risco de parecer saudosista aqueles que consideram legítimos apenas os sujeitos moldados a partir da figura paterna soberana e em seu sentido estrito. Como demonstra Foucault²³⁰ no primeiro volume da “História da Sexualidade”, na falta de um poder dominante, cria-se o biopoder, que divide as regras e normas dominantes dentre as diversas instituições sociais. A escola, o quartel, a empresa, a mídia e mais atualmente, as redes sociais, tornam-se criadores de subjetividades e organizam a vida cultural de forma imperiosa, ditando as grandes verdades a serem seguidas. Segundo a autora,

Não existe na cultura, um vazio no âmbito antes ocupado pela normativa paterna. Muito pelo contrário, um controle continuado já exercido desde a vida intrauterina e se alarga

²²⁶ MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019.

²²⁷ LEBRUM (2002) *apud* MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019.

²²⁸ MIGUELEZ, *op. cit.*, p. 110.

²²⁹ *Ibidem*.

²³⁰ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

ao longo da existência do sujeito, que internaliza normas e valores de uma cultura que ainda sustenta, no pináculo de sua axiologia, as proibições fundantes outrora suportadas, quase com exclusividade, pela figura paterna.²³¹

Para Birman²³², diferentemente do estado absolutista, no qual o poder do rei era exercido de forma isolada e única, em nosso mundo globalizado não existe uma única fonte de poder. Agora os poderes são múltiplos, flexíveis e sem centro de poder, o que não deixaria lugar para a transgressão, já que não existem mais tantas barreiras e resistências. A perda da soberania centralizada provoca mal-estar, vazio, desamparo e um grande déficit de simbolização, acarretando naquilo que se convencionou denominar de novas psicopatologias contemporâneas. O excesso de estimulação, típico dos dias atuais, dificulta o registro psíquico e extravasa em forma de descarga, seja no *corpo* (somatizações, pânico, dor crônica), na *ação* (compulsões alimentícias, dietas, consumismo, uso de drogas ilegais e também legais – psiquiátricas, estimulantes, analgésicos) e nos *sentimentos* (depressão, vazio). A simbolização se empobrece e também a linguagem.

Importante notar que uma boa parte das pacientes que atendo em minha clínica, além daquelas que apresentam vaginismo, mencionam dificuldades sexuais, mesmo sendo livres para exercerem a sexualidade da forma que desejam. De fato, muitas delas possuem vida sexual ativa, com vários parceiros, sem grandes restrições. Mas não apresentam desejo sexual, não querem transar ou têm muita dificuldade de obter orgasmo junto à parceria. São casos mais vinculados às problemáticas relativas à constituição do eu do que propriamente àquelas com vaginismos que sofrem com a inibição da vida erótica. As novas patologias da contemporaneidade – nomeadas por Green²³³ como *não neuróticas* – apresentam-se por meio da dificuldade de diferenciação entre o eu e o outro, em que ambos se apresentam misturados e com uma distinção mais precária do mundo interno/externo ou da fantasia/realidade dos que os casos de *neurose*, como a histeria.

Slavoj Zizek²³⁴ afirma que a decadência da autoridade paterna, que deveria nos deixar mais livres, é substituída por novas sujeições, culpas e angústias. Nossa atual sociedade, que é muito mais permissiva e incentivadora de todos os prazeres, também é aquela que está repleta de regras e normas de conduta, mas de forma diferente: fala-se em nome do bem-estar e da qualidade de vida. Atualmente, é necessário divertir-se, curtir a vida, sendo a norma gozar e ter

²³¹ MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019. p. 119.

²³² BIRMAN (2003) *apud* MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019.

²³³ GREEN, André. **Orientações para uma psicanálise contemporânea.** Rio de Janeiro: Imago, 2008.

²³⁴ ZIZEK, Slavoj. O superego pós-moderno. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 maio 1999, Caderno Mais!, p. 5-7.

prazer. Comer em excesso, possuir adições, não querer transar ou não se exercitar viraram crimes condenáveis. Até mesmo envelhecer é atualmente considerado “fora da lei”. O sujeito, aparentemente livre para fazer escolhas, é profundamente submisso a um superego, que responde a um mandato cultural do dever. O sujeito deverá ter um imenso prazer ao ser um esportista convicto, uma pessoa politicamente correta, um idoso que “se cuida” ou uma pessoa bem-sucedida em seus negócios. A lei paterna cedeu espaço a outras formas de autoridade.

Portanto, a ideia de que sem a função paterna de autoridade não haveria mais complexo de Édipo não corresponde à realidade. Outras tantas normas perpassam a sociedade a todo momento e deixam claro que a dinâmica de troca entre as pessoas, os laços sociais e mesmo a interdição do incesto ainda são vigentes, ainda que cunhados a partir de referências não patriarcais. Em um sentido amplo, e por meio de outros modos de poder, o complexo de Édipo ainda se sustenta na contemporaneidade.

Quando se desloca o olhar da visão social para o núcleo familiar, percebe-se que o complexo de Édipo continua a ser o ponto principal das vivências constitutivas da criança. O espaço em que ocorre tal complexo é sempre o familiar. A instituição família foi profundamente modificada com o passar do tempo, mas as funções de proteção, cuidados, circulação dos afetos e transmissão de valores continuam muito parecidos com os de outrora.

Além disso, tal como menciona Miguelez²³⁵, “se existe um espaço para a hierarquia esse é, sem dúvida, o da infância”. O estado de total dependência da criança para sua sobrevivência estabelece naturalmente uma relação de hierarquia entre ela e os pais ou cuidadores. Por mais democráticos e amorosos que estes sejam, serão vistos com assimetria, criando um laço que será internalizado na vertical. A criança pequena tem nos pais a figura ora idealizada, ora temida, mas sempre superior.

Mesmo que a configuração familiar não seja composta de pai, mãe e filho, haverá outras influências capazes de impor as proibições necessárias para a criação da subjetividade psíquica. Senão, o que seriam das “mães solo”, que teriam como destino formar crianças sempre psicóticas? Nesses casos, certamente a triangulação poderá acontecer com outro personagem dessa história, oferecendo à criança algum ponto de interdição capaz de direcionar o infante para o universo além do lar. A função paterna, que opera como interditora, poderá ser efetuada por outros elementos da família nuclear, ou mesmo da cultura. No lugar de um único pai principal e central, é possível perceber uma multiplicidade deles, que executam, cada um à sua maneira, a função de barreira e também de guia rumo ao universo da cultura.

²³⁵ MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019. p. 133.

O Édipo ampliado é, antes de tudo, referente a uma “castração simbólica”, aquela que se refere à condição humana de incompletude, em razão de não termos tudo aquilo que desejamos na vida, o que é condição indispensável para criarmos sempre novos ideais e vivermos para tentar realizá-los.

5.4 Complexo de Édipo precoce – Melanie Klein

Ao pensar nas modificações teóricas que aconteceram no âmbito do meio psicanalítico no último século, é preciso destacar as ideias de Melanie Klein acerca do complexo de Édipo precoce. Com uma compreensão mais simbólica e metafórica, ela descreve o Édipo como uma dinâmica de inclusão/exclusão, presença/ausência, o que torna possível perceber tal complexo desde a época do desmame do bebê, por volta dos seis meses de idade.

As observações clínicas da autora a fizeram dar maior ênfase ao modo de relação das etapas pré-genitais, aquelas que acontecem antes do Édipo tradicional freudiano, que aconteceria aos 3 ou 4 anos de idade. Segundo Cintra e Figueiredo²³⁶, toda a teoria kleiniana evidencia os movimentos psíquicos da criança muito pequena, ou seja, nos primeiros meses de vida, não apresentando ainda a capacidade de cuidar e de se preocupar com o outro, o qual ainda não é percebido em sua existência autônoma e separada. Com o passar do tempo, o bebê vai, gradualmente, desenvolvendo a capacidade de reconhecer o outro como alguém separado de si, com desejos e necessidades próprias; e durante esse processo, o complexo de Édipo é vivido precocemente pelo bebê. Vejamos como Klein compreende esse caminho.

Nos primeiros meses de vida da criança ainda não existe o reconhecimento do mundo a sua volta, inclusive daquela pessoa que é responsável por seus cuidados. Em um momento de completo egocentrismo, o outro/mãe acaba sendo apenas algo a ser consumido, controlado ou submetido aos desejos do bebê. Há uma relação de objeto parcial, pois a mãe não é percebida como um todo, mas por suas partes, como por exemplo, pelo seio. A tal figura materna é apenas uma imagem percebida como um seio, que pode ser bom, quando oferece à criança experiências prazerosas e satisfatórias, ou como um seio mau, nos momentos de desprazer. É a fase que foi chamada por Klein de “a lei da selva”, associada ao predomínio da pulsão de morte. Posteriormente, a “lei da cultura e do social” será estabelecida, no momento de reconhecimento do objeto (figura materna) como outro ser desejante, podendo desenvolver-se na criança a

²³⁶ CINTRA, Maria Elisa de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2010.

capacidade de perceber o outro de forma autônoma, com necessidades próprias. Reconhecer o outro como alguém semelhante dá início à “lei da cultura” ou da sociedade humana. Com o predomínio da pulsão de vida, essa nova fase é uma ocorrência mais tardia no desenvolvimento, tendo seu início nos primeiros seis meses de vida. Mesmo nos momentos muito iniciais da vida da criança, eventualmente ela será capaz de um primeiro reconhecimento do outro materno como um objeto total, e não apenas como uma parte²³⁷.

O momento de desmame é apontado por Klein²³⁸ como importante para a vivência da perda momentânea do objeto amoroso, que instaura na criança a percepção mais nítida da mãe como objeto total, o que ocorre por volta dos 6 meses de idade. Uma mãe que se afasta momentaneamente de seu bebê porque está no banho ou ao telefone deixa a pequena criança em estado de ligeiro abandono, o que acaba sendo importante para a sua constituição psíquica. Também para Freud, o objeto ganha o *status* de objeto total no momento de sua perda. Assim, perder de vista a mãe, mesmo que de forma breve e passageira, significa estabelecer um distanciamento entre eu e o outro, o que marca o nascimento de um ego e de uma vida psíquica autônoma. Como demonstram Cintra e Figueiredo²³⁹, “a percepção da mãe como objeto total marca o início do complexo de Édipo, trazendo a necessidade de fazer o luto pelo objeto perdido, para que ele seja reconhecido como outro semelhante e para que se venha a sentir culpa e preocupação em relação a ele.”

Freud sempre demonstrou que a angústia nas crianças tem sua origem no sentimento de abandono por parte da pessoa amada. Mas só é possível sentir que perdeu, que foi abandonada, quando há a percepção do objeto de amor como um ser total. Por volta dos 7 ou 8 meses da criança, é fácil notar o que foi denominado de “ansiedade de separação”, quando a aparição de alguém que não é a mãe causa estranhamento no bebê, desencadeando uma angústia profunda e muito choro. Tal reação acontece frente à ideia de ter perdido para sempre a mãe. Klein identifica nessa situação uma configuração triangular precoce, cujas personagens dessa trama edípica são: *a criança*, com o ego que começa a se formar de modo mais nítido ao perceber a mãe como objeto total; *a mãe*, que começa a ser percebida; e *o estranho*, que marca o diferente da mãe e a possível ausência dela. Conforme mencionam os autores supracitados:

Embora o estranho venha recobrir a ausência materna como pura negatividade, é esse estranho que, com sua alteridade, marca a perda da mãe e a descoberta de sua

²³⁷ CINTRA, Maria Elisa de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2010.

²³⁸ KLEIN, Melanie. (1926). Os estágios iniciais do conflito edipiano e da formação do superego. In: KLEIN, Melanie. **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 173-202.

²³⁹ CINTRA; FIGUEIREDO, *op. cit.*, p. 63.

objetividade (no sentido de objetar-se ao desejo), momento em que ela, a mãe, poderá começar a ser verdadeiramente investida como um outro objeto. É justamente quando se furta que ela pode ser desejada; esse é na verdade, o aspecto trágico do desejo.²⁴⁰

A releitura que Klein executa dos textos freudianos deu-lhe a possibilidade de localizar o Édipo precoce no momento em que a criança, ao reconhecer o objeto como total, executa uma triangulação entre criança/mãe/ausência desta. A ausência da mãe se torna mais evidente quando o “estranho” entra em cena, desencadeando a angústia da perda do objeto, instalando então a vivência edipiana em um momento precoce do desenvolvimento infantil. A castração freudiana vinculada ao medo narcísico de perder o pênis, em Klein é deslocada para o medo da perda do objeto amoroso, simbolicamente chamado de “seio”.

Concepções muito diferentes das de Freud, relativas ao masculino e ao feminino, também foram evidenciadas por Klein. Para apresentar esses aspectos, procederei a uma breve exposição acerca de alguns conceitos importantes da autora. Klein postulou que, no início da vida, o equipamento mental do bebê é pouco desenvolvido para conseguir apreender e conter todas as sensações e emoções desprazerosas que estão presentes na vida de todo pequeno ser. Fazendo uma comparação com o sistema digestivo, nem todo alimento poderá ser digerido se não for transformado, por meio dos processos corporais, em nutrientes. Os alimentos precisam ser palatáveis, digeríveis e assimiláveis ao organismo, assim como as vivências emocionais.

A fim de que seja possível “digerir” as experiências emocionais de desprazer que ocorrem desde os primórdios da vida, é preciso uma mente materna capaz de metabolizar esses elementos e de devolvê-los ao bebê já depurados e mastigados, de forma que este seja capaz de assimilá-los. Bion, importante psicanalista britânico, foi analisando de Klein e, com base nas ideias dela, deu a essa capacidade tradutiva materna o nome de função *rêverie*²⁴¹. A função *rêverie* – palavra que em língua francesa significa *sonho* – quer dizer sobre a capacidade da mãe de captar o que se passa com seu filho, muito mais por meio de um estado de sonho e intuição do que por intermédio dos órgãos do sentido.

Aquilo que não é traduzido pela mãe e a pequena criança não consegue assimilar mentalmente será “vomitado” e “evacuado” por um mecanismo que Klein chamou de identificação projetiva²⁴². Em outras palavras, todas as vivências que geram ódio, voracidade e destrutividade no bebê são sentidas como insuportáveis, sendo então ejetadas em fantasia

²⁴⁰ CINTRA, Maria Elisa de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2010. p. 68.

²⁴¹ BION, Wilfred. (1962). **Aprender da experiência**. São Paulo: Blucher, 2021.

²⁴² KLEIN, Melanie. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. *In*: KLEIN, Melanie. **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 20-43.

onipotente para fora do *self* e projetadas no ambiente. Esse ambiente ou depositário, que normalmente é quem estiver mais próximo, fica permeado por essas vivências e aspectos da personalidade do sujeito que os expeliu, sem que ele se dê conta disso. Isso significa que as vivências destrutivas de ódio vivenciadas pelo bebê são projetadas para fora, a fim de não contaminarem o universo psíquico da criança, tornando a mãe a portadora desses objetos internos ruins. Mas ao transformá-la em um objeto ruim, o bebê passa a temê-la e, como consequência, introjeta de fato uma mãe ruim. A mãe torna-se, então, a sua perseguidora, desencadeando no bebê a angústia paranoide. Os aspectos bons e maus precisam ficar separados e bem distantes um do outro, por essa razão o mau é projetado para fora como forma de proteção da mente.

Diante de tal movimento psíquico em idade tão precoce, Klein²⁴³ também afirma que o superego se faz presente antes mesmo da resolução do complexo de Édipo, tal como postulado por Freud, para quem o superego é “herdeiro do complexo de Édipo”. A autora descreve então um superego primitivo, que decorre da projeção que a criança faz sobre os pais de sua própria agressividade, constituindo uma instância muito mais cruel e aterrorizadora que o próprio superego freudiano²⁴⁴. Ela denominou esse período inicial da vida de posição esquizoparanoide, em que o mundo é sempre dividido entre os bons e os maus, e os movimentos de projeção e introjeção acontecem o tempo todo.

Por volta dos quatro ou cinco meses começa a ocorrer uma mudança significativa nas relações de objeto do bebê, que passa da relação de objeto parcial, típica da posição esquizoparanoide, para a relação de objeto total, que dará início à posição depressiva. Nessa etapa, o ego está em uma nova posição, na qual consegue reconhecer e se identificar com o objeto. Vendo a mãe como um todo, passa a ter medo de perder o objeto bom, além de começar a sentir culpa por sua agressividade contra o objeto, o que desenvolve na criança a capacidade de se responsabilizar por seus erros e tentar repará-los. Assim, perceber que a mãe que frustra é a mesma que o alimenta com coisas boas faz com que sentimentos de ambivalência, com a mistura de amor e ódio, estejam presentes no psiquismo do bebê. Para lidar com essas novas angústias, a criança lança mão de defesas maníacas que operam com a onipotência de tentar negar todo o “estrago” causado por seus sentimentos agressivos. Assim como nos desenhos animados os personagens despencam de grandes alturas, são atropelados, esmagados, mas se

²⁴³ KLEIN, Melanie. (1926). Fundamentos psicológicos da análise de crianças. In: KLEIN, Melanie. **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 25-39.

²⁴⁴ Ibidem.

recuperam magicamente, “as defesas maníacas têm essa mesma onipotência de desfazer a morte e anular, curando-os todos os ferimentos”²⁴⁵.

Gradativamente, na posição depressiva, as defesas maníacas vão sendo superadas pelas atividades reais de reparação, quando a criança passa a ser capaz de tolerar em seu psiquismo as emoções mais agressivas em função das amorosas que se sobressaem. Klein considera que a elaboração da posição depressiva é o ponto mais importante do desenvolvimento infantil, o que significa que a criança conseguiu ter uma firme introjeção do objeto bom, que será resolutivo para a sua capacidade de amar e de reparar.

Na teoria kleiniana, a introjeção e a projeção são mecanismos de defesa fundamentais, responsáveis pela constituição do aparelho psíquico, atuando como reguladores do prazer e do desprazer. A introjeção do objeto bom é o movimento de colocar para dentro do aparelho psíquico as experiências prazerosas, formando uma espécie de “reserva de memória”, que funciona como uma garantia de acesso ao prazer e à segurança quando passamos por momentos de dor ou privação²⁴⁶.

Castelo Filho²⁴⁷, em seu livro “Sobre o feminino”, resgata uma interessante ideia de Klein e Bion, relacionando-a à dupla analista/analizando. Ele afirma que a função *rêverie*, realizada pela figura materna ao acolher, processar e traduzir todas as supracitadas experiências emocionais do bebê, é aquilo que também é executado pelo psicanalista nas sessões de análise. Bion afirmava que para todo conteúdo que necessita ser projetado (composto por necessidade e angústias) deve haver um continente receptor capaz de contê-lo. Fazer a função continente é indispensável para a mãe e também para o analista que, independentemente de ser homem ou mulher, precisa se deixar penetrar (mentalmente) pela experiência que ocorre na sala com o seu analisando. Precisa ser capaz de receber e conter aquilo que entrou em sua mente, a fim de poder “gestá-lo”. Dessa maneira, poderá “dar à luz” a algo que será intuído, que é resultado da capacidade de enxergar o mundo interno, o invisível e o não sensorial, característica de sensibilidade atribuída à mulher. Somente após essa “fase feminina” é que o analista poderá formular algo que precisaria ser assertivo e penetrante como um pênis potente, para “penetrar” na mente de seus pacientes que, mesmo sendo homens ou mulheres, terão que desenvolver a capacidade de receber e de se deixar ser penetrado pela comunicação do analista.

²⁴⁵ CINTRA, Maria Elisa de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2010. p. 82.

²⁴⁶ Ibidem.

²⁴⁷ CASTELO FILHO, Claudio. **Sobre o feminino**: reflexões psicanalíticas. São Paulo: Blucher, 2018.

O feminino está associado ao mundo interno por uma questão anatômica. Freud acreditava que as mulheres tinham inveja do pênis, pois se percebiam como seres incompletos e castrados. Klein, ao contrário de Freud, percebeu que as meninas, desde muito cedo, tinham a percepção da vagina. Mas não como uma cicatriz no local em que deveria haver um pênis, e nem como o clitóris como um pênis atrofiado, mas sim como seu órgão genital próprio e natural.

A autora percebe que já haveria nos seres humanos uma vivência do pênis e da vagina desde o início da vida. A partir de seu trabalho com crianças pequenas e com adultos, percebeu que “as mulheres teriam a percepção corporal da vagina como um órgão receptivo, equivalente à boca, embaixo”²⁴⁸. Como os órgãos genitais femininos são para dentro do corpo e implicam uma receptividade, o mundo da mulher seria voltado para dentro e para o subjetivo, fazendo a ligação entre o aspecto feminino e o mistério. Outra diferença entre Klein e Freud é que o pai da psicanálise atribuía à mulher a posição de passividade, já Klein destacou o aspecto de receptividade do feminino, sendo que receptividade não é a mesma coisa que passividade. A mulher é receptiva e não passiva²⁴⁹.

Todos os bebês têm fantasias importantes em relação a seus pais, principalmente em relação à mãe. Os ataques do bebê feitos em fantasia ao seio e ao interior do corpo da mãe, por rivalidade, ciúmes ou inveja, resultam em angústias persecutórias de retaliação, fazendo com que a menina tenha uma maior preocupação com o que se passa dentro de seu corpo, já que seu órgão genital não é visível externamente. Nos moldes do mecanismo da projeção, a menina temeria receber ataques da mãe/seio, por tê-la (em fantasia) atacado também. Os meninos ficariam menos inquietos com isso, pois teriam maior facilidade de verificar concretamente o estado de preservação de seus pênis. As meninas não teriam como fazer tal tipo de verificação e reassuramento, o que as tornaria mais preocupadas quanto ao estado do interior de seu corpo. Por isso, a menarca, a primeira relação sexual e, principalmente, a gestação e o nascimento de bebês saudáveis são importantes para a mulher, para poder desfazer as fantasias de terem seu interior destruído por ataques retaliadores cometidos pelo seio/mãe.

Ainda sobre a natureza interna dos órgãos sexuais femininos, Castelo Filho, baseado nas ideias de Klein, menciona que:

A grande desconfiança e rivalidade que haveria de uma mulher em relação à outra ou aquela que filhas costumam ter em relação às suas mães, [...] são decorrentes das fantasias primitivas inconscientes. Decorrem do temor do que se encontra no interior de seus corpos e do que teria sido colocado neles durante os ataques violentos feitos em fantasia, resultantes do desamparo, da necessidade da mãe, do ciúme, da inveja da

²⁴⁸ CASTELO FILHO, Claudio. **Sobre o feminino**: reflexões psicanalíticas. São Paulo: Blucher, 2018. p. 36.

²⁴⁹ Ibidem.

relação da mãe com o pai e dos bebês que possam ser gerados dessa relação. Uma mulher desconfia da outra por temor do que possa estar contido no interior de cada uma delas, do mundo invisível temido em si mesmas.²⁵⁰

O grande temor que os homens têm das mulheres estaria vinculado ao medo desse mesmo mundo interno desconhecido e misterioso, que tem sua representação no órgão sexual feminino, fazendo com que o mundo da magia, bruxaria e ocultismo estivesse associado ao universo das mulheres, sendo também muitas vezes associado à dissimulação e ao perigo. Uma parte dos problemas sexuais masculinos, tais como disfunção erétil e ejaculação precoce, estaria associado ao medo do que poderia ser encontrado dentro do corpo da mulher ao penetrá-la. A fantasia da vagina dentada, por exemplo, que é hostil e castraria o pênis, vem também da fantasia de ser retaliado por aquilo que de hostil foi projetado para dentro do corpo da mãe na infância do menino.

Klein também assinala que um dos medos masculinos ao penetrar o corpo feminino seria de encontrar lá dentro o pênis vingativo e hostil do pai, com quem travou intensas disputas edípicas pelo amor da mãe. A autora destaca, porém, que muitas relações masculinas que são aparentemente de desejo heterossexual por suas mulheres podem ter um outro sentido. O homem procuraria dentro do corpo da mulher o pênis do pai que ela conteria²⁵¹.

O feminino também está vinculado à criatividade, pela função *rêverie* do seio associado à intuição, à gestação e ao parir ideias, que sempre é precedido pelo mistério. A mulher, quando está grávida, precisa administrar emocionalmente o fato de estar gestando dentro dela um desconhecido. Apesar dos inúmeros exames que existem atualmente, ainda assim o bebê que cresce dentro da barriga da mãe é um estranho desconhecido. As mulheres, muito mais do que os homens, sofrem com intensas angústias acerca do ser que está se formando dentro delas, obrigando-as a olhar (inconscientemente) para dentro de si e para as fantasias do que portam dentro de seus corpos.

A visão de Klein surge permeada de aspectos relativos à “natureza” biológica feminina e masculina, apesar das profundas inovações feitas em relação à obra freudiana. Importantes autores contemporâneos vinculados aos estudos feministas e de gênero, como por exemplo, Judith Butler, questionam a visão teórica da psicanálise pautada na biologia dos corpos femininos e masculinos. Afirmam que todas as características psíquicas atribuídas a homens e mulheres, na verdade, pertencem à cultura, e que são exclusivamente ensinadas conforme os modelos sociais, não havendo relação alguma com o corpo físico daquele sujeito. O que

²⁵⁰ CASTELO FILHO, Claudio. **Sobre o feminino**: reflexões psicanalíticas. São Paulo: Blucher, 2018. p. 39.

²⁵¹ Ibidem.

podemos afirmar, certamente, é que não há como medir ou privilegiar as influências que recaem sobre os indivíduos na constituição de seu ser, sejam elas biológicas, culturais ou relacionais. Privilegiar uma, em detrimento da outra, parece estar a serviço da tentativa de simplificar algo que é complexo e multifatorial.

Observa-se que os conceitos psicanalíticos, no último século, migraram para um novo campo de estudos. E agora podemos afirmar que não se trata mais apenas de uma construção subjetiva sobre uma realidade corporal, mas também se trata de um discurso social e histórico sobre as diferenças corporais. No entanto, existe uma diferença importante entre os estudos de gênero e os estudos psicanalíticos. Na psicanálise, o operador teórico que organiza as identidades sexuais é pautado em uma psicopatologia que porta elementos inconscientes. Os estudos de gênero, por sua vez, parecem caminhar por estratégias que reivindicam o seu caráter de escolha livre de gênero e de sexualidade, deixando de lado as determinações biológicas, mas também suprimindo o seu caráter inconsciente e subjetivo. Ao mencionar que a vida contemporânea parece não suportar o olhar para dentro de si e para o subjetivo, Silva Jr. e Ambra²⁵² comentam que “a terceira ferida narcísica, fruto do deslocamento do arbítrio da consciência para o inconsciente, parece não cicatrizar”. Vale salientar que haverá sempre uma mistura das duas profundas marcas sofridas por todos os seres humanos: das vivências de habitar um corpo que existe como palco dos aspectos inconscientes, bem como das experiências de existirmos em um mundo cultural.

5.5 A tentativa de uma conclusão

Terminado o passeio pelas controvérsias quanto à lógica fálica, pelo Édipo ampliado e pelo Édipo precoce de Klein, podemos concluir este capítulo retornando ao Édipo nuclear, com todas as suas importantes vivências na constituição do psiquismo infantil. O conceito continua sendo o principal ponto teórico da teoria psicanalítica no que se refere à constituição da alteridade na criança pequena, bem como de todas as ligações libidinais que esta fará com os objetos de seu mundo. A passagem pelo complexo de Édipo permite que a criança desenvolva suas ligações libidinais com as pessoas de seu mundo e com suas formas de obtenção de prazer. As fases oral, anal, fálica e genital compõem o percurso que estruturará a forma do desejo que

²⁵² SILVA JR., Nelson; AMBRA, Pedro. Histeria, patologia de gênero. In: SILVA JR., Nelson; AMBRA, Pedro (orgs.). **Histeria e gênero: sexo como desencontro**. São Paulo: nVersos, 2014. p. 269-281. p. 281.

moverá o sujeito pela vida afora; e nesse trabalho com mulheres portadoras de vaginismo, temos o aspecto libidinal e sexual como ponto principal a ser investigado.

Vimos que na visão teórica do Édipo ampliado a sexualidade não é o ponto central na formação psíquica dos sujeitos. A teoria do complexo de Édipo arcaico de Klein também não acentua primordialmente as questões sexuais, pois sua principal investigação está muito mais voltada à constituição do eu. No entanto, é impossível retirar o caráter sexual das vivências infantis, pois toda a relação da criança com seus pais, a começar pela mãe no início da vida, é erótica. A sexualidade permeia todas as relações da criança com seus cuidadores desde o início da vida, com a fase oral, terminando na fase fálica, em que o aspecto sexual está mais evidente.

O erotismo não está no pênis, ou na ausência dele. A importância da fase fálica está no modo pelo qual será processada a travessia edípica de cada sujeito, com a conquista da identidade sexual por meio das identificações, da aceitação da diferença entre as gerações e sua consequente castração (“não posso ficar com papai, pois sou apenas sua filha”), culminando com a renúncia ao objeto edípico. É possível compreender o Édipo e a descoberta das diferenças genitais da fase fálica também como um momento em que se firma, quase que definitivamente, a ideia de que somos únicos e diferentes de todos que nos cercam. Considerar e aceitar a diferença imposta pela descoberta dos genitais leva a uma perda narcísica importante para a constituição psíquica dos sujeitos, que os leva à aquisição da alteridade.

Minerbo²⁵³, baseada nas ideias de Green²⁵⁴, descreve dois eixos de constituição psíquica dos sujeitos, baseados na metapsicologia psicanalítica, a saber: 1. O eixo narcísico, que permite acompanhar os problemas que podem ocorrer na constituição do Eu; 2. O eixo objetal, que diz respeito às vicissitudes da constituição do objeto do desejo do sujeito. Nas neuroses, como por exemplo, a histeria, o aparelho psíquico foi construído a contento, possuindo um eu relativamente bem organizado e estruturado, estando as principais dificuldades do neurótico localizadas ao longo do desenvolvimento do eixo objetal.

É possível constatar que, na clínica do vaginismo, algumas mulheres apresentam conflitos mais pertinentes ao eixo libidinal e, outras, conflitos relativos ao eixo narcísico. A fim de diferenciar esses dois eixos, Minerbo²⁵⁵ define que o desenvolvimento do psiquismo ao longo do eixo narcísico dá origem à estrutura denominada eu, instância formada pelo

²⁵³ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

²⁵⁴ GREEN, André. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

²⁵⁵ MINERBO, *op. cit.*

desenvolvimento progressivo do ego e suas funções; e pelo *self* e suas representações, que vão se constituindo a partir das identificações.

O eu é a estrutura que permite ao sujeito se relacionar consigo mesmo, isto é, tomar a si mesmo como objeto de investimento libidinal (libido narcísica), o que se verifica claramente como “amor de si” e autoestima. O desenvolvimento ao longo do eixo narcísico supõe dois movimentos mutuamente relacionados: um grau crescente de autonomia do sujeito em relação a seu objeto e a presença cada vez mais explícita do terceiro objeto entre sujeito e objeto, até a formação da triangulação propriamente dita.²⁵⁶

Já o desenvolvimento completo do eixo objetal dá origem à estrutura psíquica denominada objeto do desejo. É por meio do objeto de desejo que todos nós nos relacionamos com o mundo em busca do prazer, procurando por aquele objeto que preencha certas características que estruturam o desejo de cada um de nós.

Um modelo de fácil compreensão acerca das modalidades de objetos eróticos é o das fases de evolução da libido: oral, anal, fálica e genital. O sujeito fixado na posição oral buscará alguém que lhe ofereça uma gratificação oral. Isso ocorre quando o sujeito ocupa uma posição passiva e receptiva diante de um objeto que oferece, de forma ilimitada e contínua, coisas boas, que são incorporadas. Já na gratificação anal, o sujeito buscará por alguém que o permita controlar e submeter. Um namorado submisso, por exemplo, poderá ter apelo erótico por uma mulher que tenha fixação na posição subjetiva da fase anal. O sujeito com fixação na posição fálica buscará por alguém que aceite ficar em posição de menos evidência e brilho, deixando que o sujeito ocupe um lugar de relevância e valor. Esse alguém deverá olhar com admiração para a potência do sujeito fálico. Já o sujeito na posição genital sentirá desejo por um objeto que o deseje por suas características singulares, por sua diferença. “O objeto deve reconhecer no sujeito qualidades que ele não tem, desejando incluí-lo em uma relação de parceria fértil”²⁵⁷.

Portanto, durante o processo de construção singular do objeto de desejo do sujeito, o mundo acaba por lhe impor maiores ou menores limitações, com a possibilidade de obter prazer em sua relação com ele, o que gera inibições, sintomas e angústias, tais como aqueles que encontramos em uma neurose, como o vaginismo. Já a estrutura não neurótica apresenta maiores problemas no eixo narcísico, em que o eu não se constituiu de maneira satisfatória em função da dificuldade de separação do objeto primário. Nesses casos, o sofrimento diz respeito à própria sobrevivência do eu, e a questão do prazer, presente no eixo objetal, não deixa de existir, mas fica em segundo plano.

²⁵⁶ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019. p. 96.

²⁵⁷ Ibidem, p. 103.

Em minha clínica das mulheres com vaginismo, observo a predominância de problemáticas relativas ao eixo objetal, típicas de uma neurose histérica. No entanto, evidentemente, em alguns casos de vaginismo também é possível verificar a dinâmica não neurótica, com dificuldades relativas à constituição do eu, o que também ocasiona um grande obstáculo nas relações amorosas. Mas é uma dificuldade de outra ordem, não sexual, e sim da sobrevivência do eu. Abordar também o eixo narcísico na psicogênese das dificuldades sexuais é importante, pois quando há um prejuízo na constituição do eu, as vivências do eixo libidinal certamente serão afetadas.

As psicopatologias contemporâneas supradescritas como decorrentes das profundas modificações sociais e culturais do último século estão localizadas dentro do eixo narcísico, nas patologias de sofrimento não neurótico. A crise das grandes instituições e a queda da autoridade paterna, bem como o excesso de liberdade e a diminuição de figuras identificatórias no mundo atual, trazem aquilo que Minerbo²⁵⁸ chamou de miséria simbólica e as consequentes patologias de constituição do eu.

Já a maioria das mulheres com vaginismo atendidas por mim demonstra um tipo de sofrimento tradicionalmente neurótico, típico de uma sociedade com valores rígidos, absolutos e universais que, aparentemente, não corresponde mais ao que se vive atualmente. Mesmo assim, essas mulheres possuem uma relação ambivalente com a sexualidade, permeada de conflitos e repressões.

A ligação entre mente e corpo – e sua natureza sexual inevitável – parece que será fonte de conflitos sempre! Como já afirmava Green²⁵⁹, mencionado em capítulo anterior, a sexualidade tem sim tudo a ver com a psicanálise! Mas acredito que seja possível pensar a menina na fase fálica não somente como aquela que, por não possuir um pênis, sente-se incompleta e imperfeita. A dimensão das diferenças genitais deve, acima de tudo, retratar a experiência de alteridade, de unidade, de sermos únicos e, portanto, solitários. Lidar com tal dimensão emocional de perda narcísica é o que garante ao sujeito viver no mundo, nem acima, nem abaixo, mas ao lado dos demais sujeitos humanos.

²⁵⁸ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

²⁵⁹ GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? **International Journal of Psychoanalysis**, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995.

6 VINHETAS CLÍNICAS

Amor é um livro, sexo é esporte.

Sexo é escolha, amor é sorte.

Amor é pensamento, teorema.

Amor é novela, sexo é cinema.

Sexo é imaginação, fantasia.

Amor é prosa, sexo é poesia.

Amor nos torna patéticos.

Sexo é uma selva de epiléticos.

Amor é cristão, sexo é pagão.

Amor é latifúndio, sexo é invasão.

Amor é divino, sexo é animal.

Amor é bossa nova, sexo é carnaval.

Amor é para sempre, sexo também.

Sexo é do bom, amor é do bem.

Amor sem sexo é amizade.

Sexo sem amor é vontade.

Amor é um, sexo é dois.

Sexo antes, amor depois.

Sexo vem dos outros e vai embora.

Amor vem de nós e demora.²⁶⁰

(Rita Lee e Roberto de Carvalho, 2003)

²⁶⁰ Música de Rita Lee e seu marido, Roberto de Carvalho, lançada em 2003. A canção foi inspirada em um texto de autoria de Arnaldo Jabor.

A música de Rita Lee e Roberto de Carvalho parece dar vida e colorido ao divertido da vida sexual a dois, mas também retrata os impasses e entraves de o sexo ser como é. Do amor poético ao sexo epilético. Do amor divino ao sexo animal. Cabe a cada mulher não ter medo de transitar por esses dois territórios e reconhecer em si ambos os lados, a fim de desfrutar o bom dos encontros amorosos. Vamos agora nos aprofundar nos entraves que dificultam essa trajetória feminina.

Apresento a seguir fragmentos de três casos clínicos de pacientes atendidas por mim ao longo dos anos, casos estes me despertaram para o tema desta pesquisa e que ajudarão na reflexão sobre a dinâmica psíquica presente nas mulheres estudadas. Os nomes apresentados são fictícios, a fim de preservar o anonimato e quaisquer possibilidades de identificação das pacientes. Cada vinheta foi montada de modo ficcional, apresentando fenômenos psicológicos encontrados habitualmente em muitas pacientes que não conseguem ser penetradas em suas relações sexuais, traduzindo o universo comum a maior parte delas. Apenas a estrutura essencial dos casos foi preservada, o que possibilita a compreensão dos aspectos teóricos, dinâmicos e metapsicológico que estamos discutindo nesta pesquisa, sem que seja necessária a utilização de casos reais e completos.

Organizei os casos quanto à psicogênese de cada um, pois é possível observar diferenças nos quadros psicopatológicos, apesar de compreender que todos correspondem à neurose com qualidades históricas. O primeiro possui características muito parecidas com as neuroses típicas da época vitoriana de Freud, o qual nomeei de *problemáticas libidinais*, pois enfocam os conflitos da fase edípica, o recalque e a construção da homossexualidade. O segundo caso exemplifica uma dinâmica mais primitiva e narcísica, com conflitos relativos à constituição do eu, por mim nomeado de *problemáticas narcísicas*. Já o terceiro, trata-se de um caso com enfoque na influência da cultura sobre a sexualidade feminina e no não reconhecimento da vulva como aparato simbólico na cultura patriarcal, caso nomeado de *problemáticas culturais*.

Tal divisão foi baseada na compreensão psicopatológica que Marion Minerbo²⁶¹ faz de seus casos, dividindo-os em *neurose* e *não neurose*. Coube a mim acrescentar o último tópico, pois em meu trabalho com mulheres que apresentam dificuldades sexuais, as questões culturais sempre se mostram como uma parte muito importante do tratamento.

²⁶¹ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

6.1 Cristina – um corpo que fala

Cristina é uma mulher de quase 40 anos que não consegue ter relações sexuais com penetração. É casada e tem com seu marido relações sexuais sem penetração, sempre de uma maneira desinteressada, distante e pouco envolvida. Vem para a análise porque gostaria de resolver essa questão, mas não enxerga qualquer relação entre seu sintoma e seus aspectos psíquicos, demonstrando alguma indiferença quanto a esse aspecto.

Na juventude, era muito tímida e envergonhada para os encontros amorosos. Demorou para namorar, já que dedicava todo o seu tempo ao trabalho e à família, com quem era muito apegada. Teve poucos namorados e parceiros sexuais antes de se casar. Nas relações sexuais com o esposo, durante as carícias preliminares, quando ele se aproximava de sua vagina na intenção de fazer carinhos, Cristina se fechava completamente. A sensação era de que não havia espaço, que não havia um orifício vaginal. Dizia: “é como se houvesse uma parede, pensei por muito tempo que minha vagina fosse fechada”.

Sempre mencionava, com muita irritação, que antes de se casar, quando percebia o interesse de algum rapaz do trabalho ou na rua, “se sentia como um bolo na vitrine”, o que lhe causava enorme incômodo. De fato, em relação a todos os rapazes que se aproximavam de Cristina, ela providenciava uma maneira de afastá-los, por sempre lhe causarem tal incômodo. Apesar de manifestar a vontade de estar com rapazes, ela mantinha uma aparência física de recato, com aspectos eróticos praticamente inexistentes.

Cristina é filha de uma mãe “dominadora e superprotetora” e de um pai “bom, mas pacato e conformado com a vida”, segundo suas próprias palavras. Quando bem pequena, por volta dos 3 ou 4 anos de idade, Cristina passou a sofrer com muitos pesadelos, de modo que não dormia no escuro. Tinha medo de ficar sozinha e era “paparicada” por sua mãe, que a levava para o quarto do casal para que dormisse com ela. A mãe pedia ao pai que este fosse dormir na cama da filha, a fim de que houvesse espaço para as duas na cama de casal. O pai, então, deslocava-se para o outro quarto, o que, com o passar do tempo, acabou se tornando uma regra. Um pouco mais crescida, já por volta dos 9 ou 10 anos de idade, Cristina percebe uma mudança significativa nas atitudes de sua mãe, que era uma mulher muito dominadora. A mãe passou a ter ciúmes da menina com o pai, dando-lhe várias broncas quando se aproximava dele. Sem entender o que acontecia, Cristina achava que a mãe não gostava mais dela.

O vaginismo apresenta um sintoma físico bem definido, comum a todas as mulheres que sofrem dessa patologia. Há uma percepção, muitas vezes antecipada e imaginária, de dor diante da penetração vaginal. Como reação à possibilidade de dor ocorre a contração da musculatura do assoalho pélvico, o que torna o canal vaginal, de fato, mais estreito. No entanto, não há a percepção da contração muscular efetuada, pois as mulheres com vaginismo possuem pouca consciência corporal, principalmente relacionada aos órgãos genitais, existindo apenas a ideia recorrente de que em sua vagina não há passagem para o pênis.

De todos os quadros psicopatológicos, a histeria é a neurose em que os sintomas corporais são mais frequentes e perceptíveis, como é possível notar no caso clínico de Cristina. As manifestações físicas na histeria são o ponto de partida da psicanálise, evidenciando o local em que os sintomas neuróticos se manifestam. Freud considerou, desde o início da psicanálise, que os conteúdos inconscientes, em grande parte advindos dos desejos recalçados, manifestam-se por meio dos sonhos, atos falhos, chistes e, principalmente, de sintomas conversivos que se inscreverão sobre o corpo. O sujeito, na histeria, fala com o corpo aquilo que a palavra ainda não consegue dizer.

É interessante notar que no vaginismo, o local do corpo escolhido como receptor do sintoma, a vagina, poderia facilitar a compreensão sobre o conflito psíquico sexual envolvido nessa patologia, pois nos parece direta a ligação entre o órgão afetado e os conteúdos que deram origem ao conflito. Entretanto, não é o que ocorre na mulher com vaginismo, que demonstra um enorme distanciamento quanto à compreensão psíquica daquilo que lhe atormenta. Freud observou que isso ocorria devido a um fenômeno defensivo que chamou de recalque, indicando que é o conflito psíquico que cria a necessidade do recalçamento. Qual seria o conflito psíquico envolvido no vaginismo? Algo referente ao erótico, ao sexual, ao desejo que não pode ser reconhecido e vivido estão na base da histeria e também do vaginismo. Foi o que chamei de *problemáticas libidinais*.

O distanciamento afetivo presente nas mulheres com vaginismo me lembra aquilo que Charcot e Freud chamavam de *La Belle Indifférence* das histéricas, como é possível observar em Cristina.

6.1.1 *La Belle Indifférence*

Na histeria de conversão, neurose em que predominam os sintomas corporais, como no vaginismo, o ponto principal seria a tentativa de provocar um desaparecimento completo da quota de afetos, dando à paciente a aparência – chamada por Charcot de *La Belle Indifférence* – típica das histéricas²⁶². O que mais caracteriza a histeria é que o conteúdo causador de conflitos é totalmente retirado da consciência e, como substituto, surge um sintoma de conversão somática. Esse sintoma físico parece querer “dizer” algo que a fala ainda não é capaz de traduzir, pois foi calada pelo recalque. Freud afirma que o mecanismo de conversão é o mais eficaz para eliminar a angústia vinda das representações em conflito, justificando a chamada *La belle Indifférence* como postura típica na histeria.

Pelo que observo no vaginismo, o mecanismo de conversão da histeria parece muito bem-sucedido em diversas pacientes, como em Cristina. Tenho a impressão de que a sua comunicação me diz: “Não é comigo! Isso não faz parte de mim”. Ela acredita que tanto sua vida pessoal quanto a sexual vão bem e que seu problema está relacionado à musculatura do assoalho pélvico, que apresenta uma contração excessiva. O recalque e a conversão somática marcam o funcionamento psíquico de Cristina, assim como o de muitas outras mulheres com vaginismo, que parecem estar muito distantes de seus desejos e conflitos, fazendo parecer apenas um corpo que dói e que se fecha para o intercâmbio entre o dentro e o fora.

Na histeria existe um distanciamento entre o que é dito e aquilo que é sentido pelo corpo. Há, portanto, uma dissociação, muito bem executada em algumas mulheres, daquilo que se passa com o seu corpo e os diversos sentimentos perturbadores com os quais a histérica parece não desejar entrar em contato. Por mais doloroso que possa ser o sintoma físico, sua presença parece ser mais facilmente tolerada do que todo o sofrimento psíquico despertado pelas vivências incômodas do sexual traumático.

Nas experiências iniciais de Freud e Breuer já aparece claramente a ideia de que a carga de afetos precisa de um caminho e seus excessos devem ser efetivamente descarregados e elaborados. Era o que não acontecia com Cristina, pois a dificuldade de elaboração de seus desejos e afetos transformava-os em sintomas, silenciando-os. Na histeria, portanto, sintomas como a paralisção de um braço, uma cegueira ou um enrijecimento da musculatura vaginal

²⁶² BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

vêm acompanhados de uma postura neutra – *La Belle Indifférence*, que demonstra toda a dissociação e indiferença por parte da paciente quanto ao que lhe acontece psiquicamente.

A conversão do psíquico ao somático parece conseguir dar conta de represar toda a carga afetiva presente, tornando o vaginismo uma condição difícil de ser tratada sob o ponto de vista psíquico. Por isso, talvez, os demais tratamentos para essa patologia, tais como fisioterapia, exercícios pélvicos, pompoarismo etc., são tão requisitados pelas pacientes. Ao atribuir o problema ao músculo enrijecido, a mulher se mantém distante de todas as questões psíquicas envolvidas no exercício da sua sexualidade. Há uma longa distância a ser percorrida em análise entre o sintoma físico e as emoções precursoras dessa patologia, o que aparece como o grande desafio no tratamento do vaginismo. Veremos a seguir, mais detalhadamente, como ocorre o processo de formação de sintomas na histeria.

6.1.2 Recalque e sintoma na histeria

Recordo-me de uma das vezes em que Cristina mencionou o quanto se sentia incomodada por perceber o olhar de desejo dos homens em direção a ela. Sentia que era colocada no lugar de “um bolo bem apetitoso, daqueles cheios de creme na vitrine de uma doceria”, aspecto que lhe causava repulsa. Por se ver ali exposta aos olhares masculinos, Cristina declarava o profundo mal-estar de ser transformada em mulher-objeto. Passava várias sessões discorrendo sobre a difícil posição da mulher na sociedade e sobre toda a diferença de direitos entre os gêneros, que posicionava a mulher sempre na mesma condição de exploração perante os homens.

Estou certa de que vivemos em uma sociedade machista e patriarcal, como ressaltado no capítulo anterior, e que o que narrava Cristina era algo legítimo. Mas ao atribuir o problema apenas ao externo, ela acaba por negar todo o seu papel nessa história, já que se retira da cena. Cristina não se percebe como alguém que também possui erotismo e desejos sexuais, acabando assim por transformar qualquer episódio de paquera, que poderia ser divertidamente vivido, em uma situação traumática e repulsiva.

Ao mencionar o tal bolo delicioso que despertava o desejo masculino, Cristina deixava escapar todo o seu erotismo, ainda paralisado na oralidade. Era fácil imaginar que toda a descrição daquele bolo tão gostoso, cheio de cremes, fazia menção a uma situação de muito prazer, próxima ao sexual, mas que não era percebida pela paciente. Parecia haver uma reação muito violenta e agressiva contra os olhares sexuais dos homens, o que nos leva a pensar na

existência de um conflito. Os homens desejantes revelavam aquilo que ela mesma negava em si: a sua sexualidade.

Nesses casos, tal como o de Cristina, parece-nos que uma energia sexual que causa muito desconforto aciona algum mecanismo de defesa de proteção da mente, no intuito de deixar afastadas da consciência todas as ideias e representações vinculadas ao sexual, as quais afetariam o equilíbrio do funcionamento psíquico. O recalque, principal mecanismo de defesa na histeria, é o responsável por executar tão bem-sucedida tarefa. Ele agirá para tirar de cena algo que é desprazeroso e angustiante. Os sintomas neuróticos originam-se do recalque de uma pulsão parcial forte e, na histeria, o sexual é a maior fonte de angústia e culpa a ser recalcado. A histérica é alguém que deseja profundamente, mas que desconhece o seu desejo, pois este permanece apartado da consciência.

Segundo Laplanche e Pontalis, recalque é definido como:

Operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão. O recalque produz-se nos casos em que a satisfação de uma pulsão, suscetível de proporcionar prazer por si mesma, ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências. O recalque é especialmente patente na histeria, mas desempenha também um papel predominante nas outras afecções mentais, assim como em psicologia normal.²⁶³

O caso de Cristina oferece a oportunidade de percorrer as ideias iniciais de Freud e o desenvolvimento da teoria psicanalítica, a começar pelo conceito de recalque, que sofreu mudanças no decorrer de sua obra. No início da psicanálise, Freud²⁶⁴ percebeu que, por meio da hipnose, os pacientes conseguiam se lembrar de fatos já esquecidos. Tais fatos esquecidos não sumiam do interior da mente, ao contrário, eram armazenados em um território que os mantinha ativos e tendo efeitos patogênicos. Assim, para que ocorresse a cura, era necessária apenas a ab-reação das lembranças traumáticas; logo, falar e expressar todo o afeto vivido por ocasião do trauma seria o que conduziria à cura. Nesse momento, no entanto, Freud imaginava que os pacientes conseguiam se esquecer de algo intencionalmente, ou seja, que haveria controle sobre aquilo que o indivíduo desejava esquecer. Dessa forma, bastava haver confiança no médico que, em algum momento, aquele fato esquecido seria revelado. Aos poucos, Freud percebe que a histérica não esconde algo do outro, mas de si mesma, por intermédio de uma força que é inconsciente e, portanto, incontrolável em si. Na tentativa de desvendar o enigma

²⁶³ LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulário de psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 553.

²⁶⁴ FREUD, Sigmund. (1895). O projeto de uma psicologia para científica. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 213-305.

do esquecimento, Freud chega no *desejo* e na *defesa* como elementos que participam ativamente de todos os processos psíquicos. A sexualidade, que é a fonte do *desejo*, parece estar na raiz de todas as situações traumáticas, desencadeando os mais diversos conflitos e exigindo que *defesas* psíquicas se organizem a fim de amenizar o problema.

Ainda nesse início de psicanálise, Freud²⁶⁵ também postula que as experiências traumáticas no adulto não são aquelas responsáveis, de fato, pelo recalque. Afirma que existe um fato traumático anterior, na infância, e que por ter acontecido ainda em um momento em que não havia a possibilidade de compreensão, não foi registrado adequadamente no psiquismo. Assim, foi experimentado o impacto negativo de tal vivência, deixando marcas que se conservam, mas sem a possibilidade de dar um sentido inteligível a ela. Normalmente, segundo Freud, as experiências traumáticas são executadas por adultos que seduzem a criança pequena, que ainda não possui o significado sexual do que lhe acontece. O efeito traumático só acontece em momento posterior, na puberdade/adolescência, quando um segundo acontecimento lembra e reativa o primeiro acontecido na infância. Esta foi sua primeira teoria de compreensão das históricas, que ele chamou de *teoria da sedução*²⁶⁶.

Em um indivíduo em condições psíquicas oportunas, o eu se defende sempre de lembranças dolorosas, buscando amenizá-las. Quando há uma favorável possibilidade de tradução dessas experiências, o trabalho de ligação tentará produzir conexões associativas para que a experiência possa ser melhor compreendida e, então, tolerada na consciência. No entanto, na histeria não ocorre dessa maneira, pois nela não se desenrolam os caminhos de ligação associativa, de modo que toda a carga de energia não traduzida é convertida em uma parte do corpo. Na conceituação freudiana inicial, o recalque será entendido como uma falha de tradução, ou seja, tudo aquilo que não é traduzido será recalcado, criando o inconsciente.

Qual o conteúdo que se recalca? Freud sempre afirmou que *o recalcado é sexual*. É importante mencionar que é por intermédio da teoria da sedução que o autor estabelecerá a relação entre o sexual e o recalque. No princípio, Freud percebia que as recordações que seus pacientes traziam para a análise eram, frequentemente, lembranças de seduições ou de abusos sexuais sofridos pelo paciente ainda criança, causados por um adulto abusador. Aquelas lembranças, que eram muito frequentes e remetiam a uma idade muito precoce (por volta dos três anos de idade), fizeram com que Freud começasse a colocar em dúvida a veracidade desses

²⁶⁵ FREUD, Sigmund. (1895). O projeto de uma psicologia para científica. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 213-305.

²⁶⁶ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

fatos. Sem conseguir compreender o modo como efetivamente uma lembrança poderia remeter a um período tão prematuro, Freud modifica a sua compreensão dos fatos ao identificar em sua autoanálise aspectos semelhantes àquilo que seus pacientes lhe relatavam.

Transcorrida entre os anos 1895 e 1900, a autoanálise de Freud se deu trocando 301 cartas com um interlocutor, seu amigo Wilhelm Fliess. Ao experimentar em si aquilo que praticava em seus pacientes, ele descobriu, por meio da interpretação de seus próprios sonhos, que a cena de sedução real, na verdade, tratava-se de uma fantasia vivenciada pela criança no contato com o adulto cuidador. Foi a partir de um sonho com sua filha Mathilde, relatado a Fliess em 1897, que Freud percebeu em si próprio as mesmas fantasias sexuais incestuosas que identificava em seus pacientes²⁶⁷. Por essa razão, começa a desconstruir a teoria da sedução e passa a afirmar que o que existem são fantasias feitas de distorções e recordações de diferentes aspectos traumáticos. Não é o fato real em si, mas a combinação de diversos fragmentos de experiência, que se torna impossível chegar à situação original.

Depois da investigação acerca de suas recordações infantis e de seus desejos incestuosos inconscientes, Freud reconheceu que não podia mais conceber que todas as pessoas tivessem sofrido um ato de sedução real por parte de um adulto. Então ele comunica o seguinte para Fliess:

E agora quero confiar-lhe, de imediato, o grande segredo que foi despontado lentamente em mim nestes últimos meses. Não acredito mais em minha *neurótica* [teoria das neuroses].²⁶⁸

Dos fatos reais, a teoria se desloca para o psiquismo. A importância anteriormente dada à realidade externa agora passa à realidade psíquica. Portanto, o recalque não pode mais ser compreendido apenas como uma resposta nos casos patológicos, mas sim como um mecanismo normal da mente, que tenta proteger o psiquismo das experiências conflituosas presentes em todas as crianças.

Na segunda teoria sobre o recalque, formulada a partir do conceito de pulsão, presente em seu texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, o prazer que a criança sente no contato com um adulto cuidador e com as diferentes partes do corpo é acompanhado de fantasias. Tais fantasias infantis, recheadas de prazer, são também aquelas geradoras de conflitos, mas que ainda não poderão ser assimiladas e representadas no psiquismo, ficando,

²⁶⁷ FREUD, Sigmund. (1897). Carta de 25 de maio de 1897. In: MASSON, Jeffrey Moussaieff (Ed.) **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 246-249.

²⁶⁸ FREUD, Sigmund. (1897). Carta de 21 de setembro de 1897. In: MASSON, Jeffrey Moussaieff (Ed.) **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 265-267. p. 265, grifo do autor.

portanto, à mercê de uma semelhante experiência posterior para que possam ser reativadas. O conceito de ação *a posteriori*, cuja origem está ligada à teoria da sedução, ainda permanece, mas anteriormente o recalque recaía sobre a cena sexual real, e agora passa a recair sobre as lembranças de excitação. As fantasias infantis reativam essas lembranças, provocando repugnância e conflitos morais ao invés de prazer, como vivenciado inicialmente. O traumático não é mais um fato real, mas sim as fantasias geradoras de desprazer.

A experiência de asco e repugnância, tão comuns nas mulheres com vaginismo, são citadas por Freud como uma inversão do afeto, resultado do recalque. Onde houve inicialmente um forte erotismo, sentido em seu excesso como desprazeroso, transforma-se em asco e repugnância por meio do mecanismo de defesa do recalque.

É interessante notar que no primeiro momento da conceituação de Freud, a sexualidade que vinha do adulto abusador – normalmente, o pai – era aquilo que introduzia a criança no mundo dos conflitos psíquicos. No final de sua obra, a sexualidade infantil aparecerá nos cuidados maternos que satisfazem as necessidades da criança e, ao mesmo tempo, libidinizam o seu corpo. Os desenvolvimentos teóricos freudianos posteriores vão incluindo, cada vez mais, a importância da relação pré-edípica com a mãe, deixando uma brecha importante para autores pós-freudianos, como por exemplo, Laplanche, darem outro sentido à teoria da sedução, como veremos no próximo capítulo.

Freud²⁶⁹, em seu artigo “Recalque”, de 1915, discorre sobre essa interessante contradição psíquica humana: se o ser humano busca incessantemente o prazer, porque em algum momento as sensações prazerosas tornam-se desprazerosas? Como seria possível a satisfação de uma pulsão gerar desprazer, como no caso das histéricas com vaginismo? A explosão da intensidade sexual poderia ser vivida com satisfação, afinal, todo indivíduo humano é dotado potencialmente de tal capacidade. O autor explica, então, que existe algo de irreconciliável entre o prazer liberado pela satisfação da pulsão e o desprazer que essa mesma satisfação provoca em outras instâncias psíquicas. O ego e o superego, por exemplo, podem inibir os desejos do Id, causando um conflito que resultará no recalque. A vergonha, o nojo e a moralidade entram em cena, tornando as experiências sexuais na infância demasiadamente intensas e, portanto, passíveis de gerar desconforto e desprazer. Nesse momento, o mecanismo do recalque passa a ser acionado, pois a força motora do desprazer adquire maior intensidade do que o prazer obtido pela satisfação.

²⁶⁹ FREUD, Sigmund. (1915). Recalque. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 85-94.

O recalque interfere diretamente no dinamismo psíquico, em razão da pressão que exerce na tentativa de evitar a aproximação na consciência de qualquer material inconsciente desprazeroso. Freud²⁷⁰ alerta, no entanto, que mesmo estando o material recalcado apartado da consciência, este se encontra apenas silenciado – e não desaparecido. Seria impossível supor que qualquer mecanismo mental pudesse apagar completamente as experiências mentais vividas. Por estar presente no inconsciente, mais vivo do que nunca, o material recalcado adquire força e maior organização, buscando formas derivadas e distorcidas de retorno à consciência. Os sintomas corporais são uma das formas de o material recalcado retornar à consciência, mas não de forma clara, e sim como uma espécie de teatro, em que o sujeito toma-lhe o corpo emprestado para viver um personagem.

Os sintomas neuróticos, dessa forma, são definidos como derivações do recalcado que conseguem alcançar a consciência por meio de distorções que obedecem às leis do inconsciente, pois, de outra forma, esse acesso lhe seria negado. O material inconsciente que chega à consciência graças a essas transformações acaba perdendo algum grau de satisfação pulsional, mas esse é o preço a ser pago para que um representante pulsional possa atravessar a barreira do recalque²⁷¹.

Pelo caráter imperfeito e incompleto do recalque, a sua manutenção acarreta um enorme e constante dispêndio de forças:

O processo do recalque não deve ser encarado como um fato que acontece uma vez, produzindo resultados permanentes, tal como, por exemplo se mata um ser vivo, que a partir de então, está morto; o recalque exige dispêndio persistente de força, e se esta viesse a cessar, o êxito do recalque correria perigo, tornando necessário um novo ato de recalque.²⁷²

Freud, no mesmo texto, refere-se ao recalque como um mecanismo que age sobre o representante pulsional. O representante pulsional seria uma ideia ou pensamento que foi catexizada por uma quantidade de energia psíquica, normalmente uma energia desagradável e desconfortável. Porém, outro elemento da pulsão precisa ser levado em consideração como importante no processo de recalque e formação dos sintomas: o afeto. Uma ideia ou representante pulsional desagradável sempre aparece vinculada a um afeto, que apresenta outro destino que não o recalque. A ideia ou representação poderá ser suprimida pelo mecanismo de recalque, mas o afeto não. Por isso, dizemos que o recalque sempre deixa sintomas em seu

²⁷⁰ FREUD, Sigmund. (1915). Recalque. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 85-94.

²⁷¹ Ibidem.

²⁷² Ibidem, p. 90.

rastró, sendo o afeto restante transformado nas formações substitutas para o que foi recalçado. Os sintomas físicos das histéricas são recheados de afeto, por essa razão são tão difíceis de serem abandonados, já que carregam em si algo que lembra as primeiras vivências prazerosas, posteriormente repelidas.

Freud chama de histeria de angústia a neurose que apresenta sintomas fóbicos, cuja parcela quantitativa de afeto ligada à ideia original não desapareceu, mas foi transformada em angústia. A formação das fobias funciona como uma tentativa de condensar toda a angústia em um único objeto fóbico, levando à impressão de que tal objeto seria capaz de condensar e controlar a angústia para ele deslocada. No vaginismo, também é possível observar tal componente fóbico, como uma tentativa de concentrar todo o problema em um “pênis gigante” amedrontador, que pode ferir e causar imensa dor ao corpo e à alma da mulher vagínica.

Apesar do principal funcionamento psíquico no vaginismo se relacionar à histeria de conversão, existem também sintomas fóbicos claros, pois tais sintomas podem aparecer tanto em uma histeria de conversão como em uma histeria de angústia. O recalque é o mecanismo fundamental, tanto em uma quanto na outra. Em ambas, o primeiro momento é o mesmo: há a separação da representação e do afeto, e a representação é retirada da consciência. Na histeria de conversão, o afeto transforma-se em expressão no corpo, e, na histeria de angústia, transforma-se em angústia²⁷³.

No artigo de 1908, intitulado “As fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade”, Freud²⁷⁴ define que o sintoma histérico é o substituto das vivências sexuais traumáticas, que, por meio da conversão para o corpo, são a expressão do cumprimento de um desejo. Mas como poderá esse desejo reaparecer, por meio dos sintomas, se ele foi tão traumático? Freud responde afirmando que o sintoma histérico corresponde ao retorno de uma modalidade de satisfação sexual que foi real na vida infantil, mas desde então recalçada por outras instâncias repressoras. Portanto, o sintoma histérico nasce como compromisso entre duas moções pulsionais afetivas opostas, uma que trabalha para expressar um desejo sexual que se impõe, enquanto a outra se empenha em sufocá-lo.

Nada é tão simples quando se trata do psiquismo de indivíduos que, desde uma idade muito precoce, já se deparam com a característica inequívoca da ambivalência humana. A

²⁷³ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

²⁷⁴ FREUD, Sigmund. (1908). As fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 86-91.

exaustiva natureza do sintoma histérico diz respeito a todo esforço em ter que manter recalçado algo que, por um lado, traz prazer, mas que, por outro, gera culpa, desconforto e angústia.

6.1.3 A delicada integração do corpo sexual ao psiquismo

Temos mencionado até aqui como o corpo, para a psicanálise, é um corpo sexual desde o seu nascimento. Por meio das fases de desenvolvimento psicosssexual infantil, podemos perceber que a sexualidade tem sua morada no corpo, mas é desenvolvida pelo contato com aquele que cuida, normalmente, a mãe. Nesse tópico, veremos mais profundamente toda a descoberta do corpo sexual pela criança e a sua delicada integração ao psiquismo, que quando não ocorre harmoniosamente, será fonte dos futuros conflitos sexuais, como o vaginismo.

Voltando à vinheta clínica, a partir dos 3 ou 4 anos de idade, Cristina, quando tinha pesadelos, era levada por sua mãe para dormirem juntas. Essa experiência ocorreu justamente em uma época em que todas as crianças estão passando por uma importante transformação das fases da psicosssexualidade, ao adentrarem na fase fálica.

Tal como o “Pequeno Hans” de Freud²⁷⁵, a criança na fase fálica experimenta as sensações sexuais de modo muito mais claro do que vinha acontecendo até então. O próprio Hans, quando tinha suas angústias fóbicas, era levado para dormir com a mãe, vivenciando assim todo o prazer erótico de estar deitado na cama dela e de ser o centro de sua vida.

Embora a relação entre a mãe e seu bebê seja desde o início erotizada, nesse momento há uma criança maior, mais autônoma e muito mais curiosa por explorar seu corpo. Recordo-me de uma paciente que me narrou com enorme espanto o momento em que percebeu que sua filha de 4 anos, já livre das fraldas, estava se masturbando na sua frente e tendo um orgasmo. A cena lhe causou enorme assombro ao notar em sua filha a existência da sexualidade, que julgou ser precoce. Em outras tantas observações, é possível perceber que a criança, nessa fase, procura o corpo da mãe para viver essas novas sensações: apalpar seu seio, querer sugá-lo, ou acariciar o seu traseiro, brincar de “gangorra” na perna da mãe ou mesmo dormir colada ao corpo dela.

Nesta fase, o corpo é visto como objeto de desejo sexual (no outro) e também como fonte de sensações prazerosas (em si mesmo). A sexualidade traz agora uma mudança na forma como a criança entendia a mãe até então. Antes cuidadora e provedora das principais

²⁷⁵ FREUD, Sigmund. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 10. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 03-91.

necessidades do bebê, agora é sentida como “mãe-objeto-sexual”, fazendo com que a criança tenha que edificar um novo conjunto de representações mentais, a fim de construir psiquicamente uma mãe que também é fonte de suas sensações sexuais. Suas dimensões sexuais já existiam, mas repentinamente é necessária uma categoria diferente para enxergar a mãe como sexual²⁷⁶.

Nos anos anteriores, havia uma forte indiscriminação entre a mãe e seu bebê. A criança pequena tinha dificuldade de reconhecer que a mãe que lhe dá o seio e lhe traz saciedade é a mesma mãe que, com o seio, causa-lhe uma intensa sensação de prazer. O seio é, ao mesmo tempo, fornecedor de leite e de prazer. Tudo caminha junto, de forma indistinta, em um momento de amor primário. Com o passar do tempo, a criança começa a distinguir as diferenças entre o amor maternal e o amor sexual, pulsional. Nesse momento, muito mais complexo e rico, a criança vai ter que integrar as experiências sexuais em seu psiquismo. Ela, portanto, deverá distinguir entre as duas experiências: a do amor e a da sexualidade.

O amor maternal e o amor pulsional/sexual sempre estiveram presentes na relação do bebê com sua mãe, mas com o amadurecimento da criança, cada uma dessas vivências tem que encontrar o seu lugar distinto no psiquismo infantil. Acerca da intensidade da experiência sexual, Macedo assinala que:

Cada uma destas experiências tem sua lógica própria e reclama, portanto, um espaço interno diferenciado. Se o pulsional, o sexual, está desde sempre presente, há um certo momento em que se apresenta esta exigência de lhe fazer um espaço diferenciado. E se isto não é evidente, é porque pode ser aterrorizante. Se amar alguém é poder compartilhar um experiência do silêncio (o amor maternal) e, se o som do gozo e o furor do orgasmo podem ser experiências de encontro vividas na mutualidade, isto não impede que o reconhecimento da paixão venha reorganizar completamente aquilo que representa para um bebê a sua relação com a mãe.²⁷⁷

A sexualidade é sempre um agente traumático. No momento inicial, as exigências pulsionais e sexuais possuem um caráter perseguidor. Isso porque, no início, o bebê é voraz e onipotente, achando que tudo pode. A mãe é só dele e deverá ser a fonte dos cuidados e prazeres para todo o sempre. A intensidade com que o bebê devora sua mãe pulsional na fantasia deve ser bem suportada pela mãe. Esta deve sobreviver a todo esse investimento pulsional e acolher a sexualidade pulsante da criança. Sobreviver como mãe, ficar calma, significa não se identificar com a fantasia intensa e devoradora do bebê, o que implica que a mãe possa reconhecer e tolerar toda a vivência pulsional e sexual como boa.

²⁷⁶ BOLLAS, Christopher. **Hysteria**. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2000.

²⁷⁷ MACEDO, Heitor O'Dwyer. O caráter traumático da sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 3, n. 1, p. 131-138, 1998. p. 133.

A criança começa então a construir internamente uma mãe maternal e amorosa e também uma mãe sexual e passional, que podem coexistir de forma saudável em seu psiquismo. A mãe passa a ser percebida como aquela que estimula as sensações eróticas e sexuais na criança, despertando o desejo infantil, mas também como aquela que cuida, alimenta e provê todas as necessidades para a manutenção da vida da criança.

Nesse momento de desenvolvimento infantil, a mãe é vista como alguém que deseja outras coisas em sua vida. A relação triangular edipiana começa a aparecer, de forma mais clara, na vida da criança pequena. A mãe passa a mirar novos horizontes, permitindo a entrada do pai novamente em sua vida. Esse pai, que andou ligeiramente afastado e foi deixado em segundo plano aos olhos da mãe, agora volta a figurar dentre aqueles que também despertam o interesse dela. Afinal, até então, a mãe precisou dedicar muitos cuidados à criança pequena. A entrada do desejo da mãe pelo pai na vida da dupla mãe-bebê faz com que a criança perceba que papai e mamãe formam um casal e que fazem “coisas” em momentos específicos, dos quais a criança não faz parte. A descoberta de que o desejo materno não se restringe ao desejo pela criança e de que o casal de pais possui desejos sexuais independentes constitui uma perda narcísica importante para a criança. Da relação dual que ocorre desde o início da vida pela dupla mãe/bebê, agora há uma relação triangular com vivências entre mãe/pai/criança.

A ideia de que mamãe e papai se unem sexualmente por meio de uma relação sexual começa a fazer parte do imaginário infantil. Não é necessária uma aula didática sobre a prática sexual dos casais para que as crianças percebam a sua existência. O simples fechamento da porta do quarto do casal à noite ou na tarde de domingo após o almoço implica a existência de um território íntimo e restrito ao pai e à mãe, do qual a criança está excluída. Quantas crianças não são despertadas para a curiosidade do que pode estar acontecendo na intimidade daquele quarto dos pais? Ademais, a paixão sexual da criança presente nessa fase deixa clara a existência de uma sexualidade, que ainda não é compreendida em seus detalhes, mas é muito viva em termos de sensação. Além disso, as aventuras autoeróticas infantis são constantes: toques no corpo, dedos na vagina, mãos no pênis, exploração do ânus e de todas as sensações que recobrem o corpo. A natureza orifical do corpo humano deixa clara a possibilidade do encontro entre algo que penetra e algo a ser penetrado. Trataremos desse assunto, de forma detalhada, no próximo capítulo.

O fato é que, seja pela percepção da intimidade dos pais, seja pela vivência da intensidade do amor erótico presente no Édipo, ou ainda, pela percepção do próprio corpo, as crianças têm todas as peças do quebra-cabeça em mãos para poder completar a cena da sexualidade. Mas nem sempre acontece dessa forma. Quando não há troca de afeto entre o casal

de pais, quando a criança não percebe os pais como um casal, a percepção da sexualidade fica comprometida, situação frequentemente narrada pelas mulheres com vaginismo. “Nunca vi meus pais trocarem beijos ou se abraçarem. O quarto deles estava sempre de porta aberta e com livre acesso para mim”, afirmou uma das minhas pacientes, deixando clara a percepção de que os pais não tinham vida sexual e não formavam um par. Pais assexuados funcionam como modelo para seus filhos, que podem seguir esse mesmo caminho.

Nessa fase começa um intenso período de questionamento por parte da criança pequena: “De onde eu vim?”, “Como nascem os bebês?”, “Como a sementinha do papai entra na barriga da mamãe?”, “O que acontece quando as pessoas morrem?” e “Onde é o céu?”. A criança está com a mente repleta de questionamentos sexuais e também existenciais. Freud postula que a curiosidade infantil está vinculada à descoberta das diferenças genitais, evento que marca a fase fálica. Isso significa que, além do encontro da criança com seu corpo sexual (vindo da separação entre o amor maternal e o amor erótico da mãe), também fará parte dessa fase a descoberta das diferenças genitais entre os sexos, o que acentua ainda mais a percepção da diferença entre o eu e o outro. Desse momento nasce a busca por conhecimento, que está na base de todo aprendizado infantil. Querer conhecer e aprender algo novo só é suportado pela capacidade de tolerar o diferente.

A exploração do corpo e dos genitais acontece de modo claro na fase fálica. O menino possui seu órgão genital na forma de um apêndice externo, fácil de ser visto, tocado e reconhecido. Ao ir ao banheiro, toca em seu pênis e sente suas sensações. Já a vagina, por ser um órgão interno, não é visível para as mulheres. A vagina, envolta em mistérios, esconde suas partes nas dobras de pele que a encobre. Diferentemente do menino, a menina pode optar por não a examinar pelo tempo que desejar, e assim sendo, estará mais propensa a elaborar a ideia de sua vagina por intermédio do imaginário e de fantasias.

Posteriormente, na adolescência, ao pegar o espelho e olhar para seu genital, a menina confrontará o imaginário com o objeto real, o que poderá gerar um desconforto para algumas garotas. A vagina real pode parecer estranhamente diferente daquela que foi imaginada, acarretando surpresa e, muitas vezes, temor. As mulheres com vaginismo relatam frequentemente um órgão sentido como sujo, esquisito, estranho e repugnante. Diversas vezes ouvi das pacientes que, ao explorarem a região genital ou ao introduzirem ligeiramente o dedo na vagina, sentiam aquele órgão como se não fosse delas, como algo estranho ao corpo. A vagina é um órgão que possui complexas associações e tem significados profundos e pessoais. A dificuldade de olhar e reconhecer a vagina parece ter ligação com a dificuldade de olhar para dentro de si ou de não desejar olhar com maior profundidade para as questões da vida.

Como os genitais são os agentes da sexualidade, na histeria haverá um repúdio ao reconhecimento da vagina e uma neutralização dos aspectos sexuais. Sendo assim, as funções básicas derivadas da aceitação da genitália (busca por respostas e a curiosidade) são suspensas, fazendo com que a histérica cultive uma espécie de ignorância necessária para a sustentação da imagem da eterna garotinha da mamãe²⁷⁸.

Segundo Bollas²⁷⁹, as crianças, por volta dos 15 meses de idade, começam a se masturbar. Mas antes disso a mãe já cuidou e acariciou o corpo do bebê, deixando uma lembrança psíquica desses cuidados, os quais agora, por meio da masturbação, serão revividos. Se a mãe não propiciou uma estimulação suficiente ao bebê, o autoerotismo virá em substituição à falta de cuidados sensoriais maternos, mas se a mãe foi sedutora o suficiente, então a criança fará vínculo inconsciente entre a autoestimulação e o amor materno, ensinando a amar alguém. É preciso equilíbrio sempre para não estimular demais e nem de menos.

Na histeria, há uma inquietação com o corpo. Habitar um corpo sexual é especialmente difícil para o histérico, que busca a paralisação na posição da inocência. Para isso, é necessário dessexualizar a figura materna e ficar apenas com a parte dela que corresponde ao amor maternal. Assim, idealizar as características não sexuais da mãe, transformando-a em uma *Madona*²⁸⁰, protege a criança de suas próprias pulsões sexuais. Ao apontar que a imagem de *Madonna* representa a Virgem Maria, Bollas²⁸¹ assinala que o cristianismo possuiu “um âmago histérico”, já que a doutrina exclui completamente a sexualidade como o ato da criação de Cristo, mantendo a relação sexual como algo imaculado.

É comum observar que na histeria ocorre a troca da sexualidade carnal pela sexualidade espiritual. Na eminência do aparecimento da excitação animal e carnal, o histérico vigorosamente recusa tais pulsões e a transforma em excitação espiritual. A ideia de uma sexualidade espiritual diz respeito à existência de um objeto de amor visto como sagrado, puro e intocável, que é venerado, mas à distância. A impossibilidade de tocar o objeto torna-o cada vez mais sagrado e mais desejado, levando o histérico a viver profundas paixões psicológicas e platônicas, mas sempre distante da satisfação corporal e sexual. Também com muita frequência, recebo na minha clínica mulheres com vaginismo intensamente vinculadas a doutrinas religiosas, como era o caso de Cristina.

²⁷⁸ BOLLAS, Christopher. **Hysteria**. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2000.

²⁷⁹ Ibidem.

²⁸⁰ A *Madonna Sistina* é uma pintura que representa a Virgem Maria, feita pelo pintor italiano Rafael, em 1512.

²⁸¹ BOLLAS, *op. cit.*, p. 30.

A sexualidade da fase fálica destrói toda a inocência da relação amorosa anterior entre a mãe e seu bebê, sendo agora contaminada pela descoberta das sensações eróticas vindas dos cuidados maternos com o bebê. Segundo Bollas²⁸², “não há senso original de inocência, ele só é concebido após o pecado original”. No despertar da excitação sexual, o eu da criança histérica inventa a inocência, deslocando-a do presente para o passado, no qual ela poderá ser mais facilmente sacralizada.

A dessexualização de si e da mãe faz com que a menina queira permanecer eternamente como a garotinha perfeita da mamãe, correspondendo metodicamente aos seus desejos. A mulher com vaginismo constrói o ideal de uma mãe que repudia a sexualidade e que deseja que a filha permaneça para sempre como sua criança, como vemos na vinheta de Cristina. A sexualidade tem que ser transmitida para a filha como algo repugnante. Como assevera Bollas,

A criança que se tornará histérica sustentará um ideal rigidamente puro que aponta especificamente para a sua vida sexual como degradante, e que procurará transcender tal contaminação afirmando continuamente a presença de um *self* ideal pelo atestado de bom comportamento ou pela fuga ascética de todas as relações.²⁸³

6.1.4 Concluindo o caso Cristina

A vida amorosa e sexual do indivíduo é permeada por lembranças das experiências vividas com os pais na infância, que são posteriormente atualizadas na vida adulta. A elaboração das vivências edípicas é o centro da constituição do sujeito desejante e sexuado, ocorrendo na infância, na acomodação das experiências a três, que envolvem pai, mãe e filho. Nesse primeiro caso clínico, há uma conflitiva tipicamente edípica, pertencente ao eixo libidinal, que determina as angústias e conflitos da paciente.

A oposição entre amor e sexualidade é uma característica central da histeria, havendo a predominância do amor de tipo materno. Os pais de Cristina permaneceram casados durante todo o tempo, mas apresentavam uma relação dessexualizada, não erotizada. A dominação e a influência da mãe mantiveram o pai afastado, retirando-o da cama do casal. Assim, destituído de seu lugar, o pai foi impedido de formar par com a mãe. Na verdade, a mãe, ao excluir o pai, fez par com a filha.

Cristina relata que desde pequena era “paparicada” por sua mãe quando tinha pesadelos, demonstrando haver um ganho secundário com isso. O pesadelo a trazia para mais perto da

²⁸² BOLLAS, Christopher. **Hysteria**. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2000. p. 26.

²⁸³ *Ibidem*, p. 36.

mãe, ganhando a sensação de segurança e de ser o centro de amor da vida dela. Com o pai fora de cena, a mãe direciona sua sexualidade para a própria filha, estimulando o seu narcisismo e a ideia de ter o universo da mãe girando ao seu redor.

No entanto, algo se modifica alguns anos adiante e Cristina parece se aproximar mais de seu pai, causando intenso ciúmes em sua mãe. Ao ameaçar deslocar seu amor para o pai, Cristina é castrada em seu desejo e se vê novamente vinculada a sua mãe. Durante as sessões de análise, ao refletir sobre as lembranças de sua infância, menciona que “minha mãe queria muito ter uma menina na época em que eu nasci. Dizia que seria sua princesinha! Mas não sei o que aconteceu, pois quando cresci um pouco, tudo isso mudou. A gente não se entendia mais...”.

Com o decorrer de suas associações, foi possível compreender que houve uma ruptura, um descolamento traumático entre Cristina e sua mãe, em um momento edípico em que a menina tentava se aproximar do pai. A mãe, uma mulher forte e de grande influência na família, direcionava seu desejo e seu domínio à filha, que recebia as intensas demandas de amor da mãe, impedindo-a de amar tranquilamente e sem culpas a figura paterna. O prazer de satisfazer as demandas de uma mãe pode ser gratificante para uma filha, mas também a mantém enredada sob a condição de ser sempre o objeto de amor do outro²⁸⁴. Cristina relata que “nunca deu trabalho para a mãe e era uma excelente filha”, buscando assim a manutenção deste lugar privilegiado.

A rivalidade entre mãe e filha são resultado da forma como se passa pelo Édipo. A mãe precisa permitir que a filha exerça suas identificações com os aspectos femininos, a fim de brincar, apenas um pouquinho, de seduzir o pai. Imaginar-se sendo a bonequinha do papai, por alguns poucos momentos, era necessário para que Cristina pudesse fantasiar estar no lugar da mãe. Mas uma mãe excessivamente rígida e castradora teme perder seu lugar, não permitindo o exercício de tal brincadeira. Não é à toa que em uma de suas reflexões sobre a infância, a paciente menciona: “Ela não podia me ver com meu pai. Agora entendo que a ideia que ela me passava era de que dentro de casa só poderia haver uma mulher, e era ela”. A mãe, uma mulher com uma história pregressa de possíveis dificuldades em viver relações triangulares, não permitiu a entrada da filha em uma relação entre os três personagens pertencentes a essa história atual: mãe, pai e filha.

É possível imaginar o medo e a angústia de Cristina ao se sentir próxima de seu pai, ao nutrir por ele emoções especiais. As fantasias edípicas, comuns nas meninas pequenas, foram

²⁸⁴ ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

sentidas como tão angustiantes e ameaçadoras que, na economia psíquica mental, as defesas foram acionadas, resultando no recalque de todos os aspectos sexuais vinculados ao prazer do contato com o outro. O medo associado à possibilidade de perder o amor materno, caso direcione seu amor para o pai, fez com que Cristina abandonasse radicalmente seus desejos edípicos, não deixando sequer um rastro deles que pudesse ser resgatado na vida adulta.

Sua organização edípica desenvolve-se com um pai mais enfraquecido diante de uma mãe dominadora, que apesar de executar com êxito a importante tarefa da castração, o faz com pouco amor e com exacerbada predominância, não permitindo à filha adentrar no triângulo edípico e, deste modo, “competir” de forma saudável com a mãe em busca de sua feminilidade. Portanto, a luta para sair das redes da mãe e conquistar algo muito desejado é mais intensa, confundindo-se com “matar a mãe” e se sobrepor a ela. Está aí a dificuldade de Cristina em se descolar e se opor à mãe, por sentir que tal atitude é muito agressiva e destrutiva.

Isso se expandia para situações de competição em seu trabalho, com a dificuldade de se posicionar de forma mais enfática e agressiva. Ela evitava sempre entrar na disputa! Na verdade, Cristina estava sempre próxima de pessoas consideradas agressivas, posicionando-se de modo completamente passivo perante o domínio delas. Precisava permanecer identificada com a filha passiva diante da mãe dominadora, repetindo na vida adulta a matriz transferencial da infância.

Cristina frequentemente se queixava de que uma boa parte de sua convivência com as pessoas lhe causava uma profunda angústia, quando, por meio da transferência da figura materna, tinha que sempre corresponder às expectativas dos outros. Encaixando-se nos desejos inconscientes da mãe, tinha que sempre ser “a filha obediente”, que permanece em estado passivo e sob o comando dos outros. Portanto, sempre se colocava em situações em que não precisava se impor e nem decidir nada, em uma posição de ausência completa de desejo.

Cria-se então uma total dessexualização de si com o sintoma de vaginismo, que a leva a se fechar (concretamente) para o desenvolvimento de sua sexualidade. A ausência de desejo sexual, bem como a dificuldade em realizar a penetração vaginal nas relações com o marido, eram constantes na história de Cristina. O vaginismo, que era sua principal queixa sexual, pode ser compreendido de forma mais ampla como uma recusa ao próprio desejo; uma mulher que ainda não podia se constituir como um sujeito desejante pois ainda permanecia vinculada ao desejo do outro/mãe. Existem filhas que nunca se relacionam intimamente com alguém, pois permanecem em um compromisso eterno com suas mães. Assim era o caso de Cristina.

Vemos que a problemática da paciente aparece relacionada aos possíveis desejos edípicos direcionados ao pai, mas veemente interditados pela mãe. Freud²⁸⁵ afirma que além das importantes vivências do Édipo relativas ao pai, a relação da menina com a mãe deve também ser considerada. Há na menina uma relação anterior ao Édipo propriamente dito, que ocorre com a mãe. A ligação edípica da menina com o pai é uma formação secundária, pois o que a antecede é uma pré-história de ligação primária intensa e exclusiva com a mãe, que se configura em uma relação pré-edípica. É nessa história pré-edípica da menina com a mãe que se encontra a determinação de seu futuro como mulher.

Quando se trata das diferentes vivências edípicas entre meninos e meninas, observa-se uma particularidade na relação que a menina estabelece com a mãe, já na fase pré-edípica. A menina, por ter a mãe como o seu primeiro objeto de amor, deseja ser eternamente amada por ela. As demandas de amor da menina vão na direção de ocupar integralmente o lugar de objeto de desejo da mãe, ou seja, em ser seu objeto amado e idealizado. Ao ocupar esse lugar, a menina deixa então a mãe completa e satisfeita, bem como se sente amada. A menina teme muito mais arriscar-se a perder a mãe, o que dificulta sua experiência de existência como mulher, separada da figura materna mãe²⁸⁶.

Durante as sessões, Cristina foi lenta e gradativamente se abrindo a novas compreensões e reflexões. Ao se aproximar da sua verdadeira realidade psíquica, novas portas e possibilidades foram se abrindo. Permitiu-se então descolar-se da mãe e contrapor-se sutilmente a ela, o que, como consequência, trouxe-lhe a possibilidade de experiências sexuais mais prazerosas. Em algum momento, permitiu-se entrar em contato com fantasias sexuais que estavam escondidas, mencionando: “Sempre tive medo de reconhecer em mim fantasias bizarras e não permitidas. Sempre tive problemas com a transgressão!”. A primeira e necessária transgressão da menina é sempre a traição à mãe primitiva. Ao término do processo analítico, Cristina gozava da possibilidade de experimentar uma relação sexual completa e repleta de desejo.

Nesse caso, à moda freudiana, vimos a importância da constituição libidinal e das marcas deixadas pelas vivências edípicas no psiquismo infantil que se reflete no mundo adulto. A profunda marca deixada pela castração rígida de uma mãe fálica surge como central no distanciamento identificatório da paciente para com a sua mãe, interferindo na aquisição do feminino e, conseqüentemente, no prazer de ser mulher.

²⁸⁵ FREUD, Sigmund. (1925). Algumas conseqüências psicológicas da diferença anatômica dos sexos. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 144-154.

²⁸⁶ ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

6.2 Julia - a angústia de invasão

Julia é uma mulher solteira de quase 50 anos que nunca conseguiu ter relações sexuais com penetração. Nunca namorou por muito mais que alguns meses, mas em alguns relacionamentos tentou ter relações sexuais. Nas tentativas de penetração, sentia muito medo, aflição e uma agonia profunda.

Na infância, tinha muito medo de ficar longe da mãe e de brincar com coisas “perigosas”, tais como subir em árvores ou com brinquedos dos quais poderia cair. Mesmo depois de adulta, percebe que não se expõe a situações em que pode se machucar. Tem sensações angustiantes quando pensa nos órgãos internos do corpo. Não gosta de injeção, nem de coletar sangue para exames. Fica agoniada ao ver uma mulher grávida e ao imaginar que há uma criança se desenvolvendo dentro do corpo dela. Jamais assistiria a um parto. Ao engolir alimentos moles e gosmentos, sente enorme repulsa. Não suporta escutar as pessoas falando sobre doenças do interior do corpo ou sobre cirurgias, já que se sente mal e quase desmaia. Quanto à relação sexual, ela me afirma: “Não posso nem olhar para minha vagina, pois parece que está sangrando, ferida, ela é vermelha. Imaginar o meu corpo se abrindo para entrar um pênis é impossível!”.

Desde a infância, Júlia sofre com crises de asma e com muita coceira pelo corpo. Percebe que quando fica nervosa, a coceira aumenta e fica com mais falta de ar. Em função disso, a mãe nunca permitiu que a filha brincasse fora de casa, que dormisse na casa de amigas ou mesmo que trouxesse colegas para brincarem em sua casa. Não podia correr, nem se agitar, pois ficaria com falta de ar, afirmava a mãe.

Júlia é a filha mais nova de uma grande família. Seu pai, um homem violento, foi-se quando ela ainda era muito pequena, deixando a mãe sozinha para cuidar da menina e dos outros filhos. Como era a filha temporã, tendo 10 anos de distância para o irmão que a antecedeu, viveu quase como filha única. Seus irmãos foram crescendo, casando-se e saindo de casa, enquanto Júlia permaneceu morando com a mãe até a sua morte. Teve um namorado com quem quase se casou, mas como a mãe não aprovava o seu casamento, acabou por desistir.

Veio para a análise pois iniciou recentemente um namoro após o falecimento de sua mãe, e novamente não conseguiu ter relação com penetração com este parceiro. Júlia não vê ligação entre seu sintoma físico e os aspectos emocionais, tendo procurado dezenas de médicos para buscar um diagnóstico e solução para seu problema. Passa sessões inteiras narrando, detalhadamente, as sensações de seu corpo quando está com alguma dor.

A vinheta de Julia traduz a angústia comum a quase todas as mulheres com vaginismo, a de possuir um corpo com orifícios que podem ser penetrados. Do que se trata essa angústia?

Como demonstra a vinheta, o medo de ser penetrada, muitas vezes, não se limita ao âmbito sexual, podendo surgir também o medo de agulha ou de injeção, bem como de se machucar ou de se ferir. Na clínica de mulheres com vaginismo, é frequente a narrativa de que elas não brincavam ativamente na infância, pelo temor de se machucar e de romper as barreiras do corpo. Reações fóbicas são comuns nessas pacientes quando observam fotos ou vídeos de parto natural ou cenas de sexo com penetração vaginal, o que lhes causam agonia e desespero. Ideias e fantasias sobre a existência dos órgãos internos do corpo causam também a mesma reação fóbica, por despertarem a percepção do dentro e fora.

O medo frente à relação sexual se funda no medo da penetração no interior do corpo. A ideia de ser penetrada é sentida como uma efração intolerável, uma ruptura, um arrombamento, como se o corpo não pudesse suportar tamanha agressão. Parece haver a sensação de um continente que será perfurado e esvaziar-se-á, levando à morte. Ao escutar essas mulheres, muitas vezes imaginei mentalmente a ideia de uma bexiga, de paredes finas e frágeis, que pode facilmente estourar e se esvaziar completamente de vida; são mulheres/bexigas que possuem frágeis contornos psíquicos, prestes a estourar. Por isso, neste capítulo, trato das *problemáticas narcísicas* envolvidas nos casos de vaginismo, em que há um sintoma corporal que gera uma angústia tão intensa e desestruturante que chega próxima a uma angústia de morte.

6.2.1 Complexo de perfuração – Marie Bonaparte

Durante essa pesquisa, deparei-me com os conceitos de uma autora do início da psicanálise: Marie Bonaparte. Presente na cena psicanalítica a partir da década de 20, a autora, que fora analisada por Freud no período de 1925 a 1929, publicou textos referentes à sexualidade feminina. Um de seus conceitos me chamou a atenção pela semelhança na descrição das angústias das mulheres portadoras de vaginismo: o complexo de perfuração.

Seus textos foram veemente criticados pela comunidade psicanalítica da época, pois apresentavam uma ênfase exagerada em pressupostos da biologia para explicar fenômenos psíquicos. Bonaparte oferece concepções que se assemelham a uma espécie de “paleopsicanálise”, em que adota o modelo da célula para explicar características do psiquismo. Ao traduzir os movimentos psíquicos de defesa, a autora os compara a uma massa original de protoplasma, afirmando que:

A pequena massa protoplasmática, em virtude de uma certa adaptação misteriosa à vida ao meio que a envolve, deve ter aprendido a reagir a qualquer sinal de perigo exterior que a ameça. Ela será capaz de se cercar contra a dessecação por meio de uma membrana protetora; ela se retrairá e fugirá diante da ameaça de corpos duros penetrantes.²⁸⁷

Na perspectiva atual psicanalítica, Bonaparte²⁸⁸, ao afirmar que ocorre “uma espécie de ferimento no narcisismo celular primitivo”, parece fazer uma construção metafórica para se referir à necessidade de proteção do indivíduo e à perpetuação da espécie, transferindo esses conceitos para a dinâmica psíquica. Na verdade, a proposta da autora não era se de utilizar de metáforas, mas sim dos conceitos biológicos que pudessem, de fato, ser ampliados para as questões psicológicas, o que lhe rendeu muita desaprovação dos demais psicanalistas da época.

Pouco conhecida pelo grande público, Bonaparte era sobrinha bisneta de Napoleão Bonaparte. Ao se casar com o príncipe George da Grécia e Dinamarca, tornou-se princesa. Ficou muito conhecida nos meios psicanalíticos por ter sido a princesa responsável por salvar Freud das mãos dos nazistas. Mais recentemente, em 2003, um filme sobre a história da princesa foi lançado, tendo Catherine Deneuve no papel de Marie Bonaparte.

Como destaca Rémy Amouroux no prefácio do livro de Bonaparte, recentemente traduzido por Ribeiro e Belo²⁸⁹, “contra todas as possibilidades, o que pode ter parecido ultrapassado em sua obra, agora está volta à frente do palco”. O ressurgimento atual de debates em torno da questão do sexo, principalmente da sexualidade feminina, trouxe de volta essa autora tão esquecida. Evidentemente, a interpretação de sua obra será aqui colocada nos moldes de uma psicanálise mais atual, levando em consideração todos os avanços teóricos relativos à compreensão da importância do outro na formação da sexualidade e do psiquismo humanos. Creio que será profícua, principalmente nessa vinheta, a utilização do complexo de perfuração, que retrata o sintoma de angústia de invasão tão pertencente às mulheres com vaginismo.

É importante mencionar que, como já esperado, encontrei pouco material em português sobre essa autora. No entanto, a única tese encontrada sobre o tema, elaborada em 2020 por Sarug Dagir Ribeiro²⁹⁰, foi-me extremamente útil para contribuir com este trabalho.

²⁸⁷ BONAPARTE, Marie. (1936). Observações paleobiológicas e biopsíquicas. In: BONAPARTE, Marie. **Sexualidade feminina**: contribuições para a psicanálise. Trad. Sarug Ribeiro e Fabio Belo. São Paulo: Zagodoni, 2022. p. 21-29. p. 22.

²⁸⁸ Ibidem, p. 23.

²⁸⁹ RIBEIRO, Sarug Dagir; BELO, Fábio. Complexo de perfuração: uma interpretação a partir da teoria de sedução generalizada. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n. 22, v. 3, p. 584-605, 2019. p. 11.

²⁹⁰ RIBEIRO, Sarug Dagir. **Com LaPlanche, ler Marie Bonaparte**: contribuições à psicanálise. 2020. 115 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Fundamental também é notar o retorno de Bonaparte no que se refere ao interesse dos psicanalistas, pois dois anos após a defesa de sua tese, Ribeiro, juntamente com Belo, executam a primeira tradução para o português de alguns textos da autora.

Para começar, mencionarei a forma como Bonaparte compreendia o que veio a denominar de complexo de perfuração. Em seguida, tal conceito será interpretado por meio da correlação com autores contemporâneos, principalmente com Laplanche.

Bonaparte menciona o medo da penetração vaginal como se fosse uma reação quase inevitável por parte das mulheres e de todas as fêmeas da natureza, ao contrário da angústia de castração. Segundo a autora:

Se observarmos o conjunto do reino animal, veremos que nas espécies nas quais a fecundação é interna, todas as fêmeas apresentam, em graus variados, o medo do macho. O complexo de castração humano parece ter poucos protótipos animais reconhecíveis; algo análogo ao complexo de perfuração da mulher, ao contrário, se encontra de maneira semelhante em muitas outras fêmeas de mamíferos. Notamos isso nos animais domésticos. Algumas cadelas, por exemplo, até recusam completamente o macho com tremores quase histéricos se quisermos, por contenção, forçá-las a suportá-lo.²⁹¹

A autora complementa seu raciocínio afirmando, no entanto, que ao contrário de outras fêmeas da natureza, as mulheres possuem um hímen plenamente constituído. Então, a angústia da penetração vaginal, que se manifesta “sob o modo sadicamente terrificante do complexo de perfuração, repousa não apenas sobre uma base celular paleobiológica, mas também sobre uma realidade anatômica, que de virgem em virgem, é renovada”²⁹².

Podemos concordar com Bonaparte acerca de que há uma realidade anatômica que, de fato, leva à ruptura, algumas vezes dolorosa, do hímen nas primeiras relações vaginais. Mas se considerarmos os aspectos culturais como determinantes coletivos das angústias que são perpetuadas de geração para geração, temos claro que o medo da penetração vem sendo renovado a cada nascimento de uma menina no seio das famílias. São comentários e recomendações vindos das próprias mulheres (mães, tias, amigas) para as ainda jovens moças que iniciarão sua vida sexual: “é quase uma faca entrando em seu corpo”, “parecia que ia me rasgar inteira”, “cuidado, a dor é insuportável!”. Falas estas ouvidas por muitas das mulheres com vaginismo, que levam à triste constatação de que ser mulher dói. Essa ideia vem sendo modificada ao longo dos anos, e atualmente há a certeza de que a percepção de dor no momento

²⁹¹ BONAPARTE, Marie. (1936). Observações paleobiológicas e biopsíquicas. In: BONAPARTE, Marie. **Sexualidade feminina**: contribuições para a psicanálise. Trad. Sarug Ribeiro e Fabio Belo. São Paulo: Zagodoni, 2022. p. 21-29. p. 25.

²⁹² Ibidem, p. 26.

inicial da vida sexual é absolutamente subjetiva e relativa à tranquilidade psíquica da mulher naquele momento. Ainda assim, é incontestável que haja impregnada uma ideia de existência de dor na primeira relação, tanto no que se refere ao inconsciente coletivo quanto ao inconsciente subjetivo, principalmente das mulheres que sofrem com o vaginismo.

O complexo de perfuração seria o equivalente feminino ao complexo de castração para o menino. A autora cita que ambos os complexos coexistem e influenciam o desenvolvimento psicosexual da menina e do menino. O complexo de castração levaria à inveja do pênis, já o complexo de perfuração resultaria em um medo de perfurar o corpo, o que levaria à morte.

Vejamos o que diz Bonaparte:

O medo da efração da substância protoplásmica se manifesta então no terror de tantas virgens de serem penetradas, e se encontra, sem dúvida, na base de muita frigidez feminina. Sobre ela pode se elevar o edifício imponente, para o qual contribuem então todas as superestruturas do supereu, que nós encontramos sob a forma dos sintomas.²⁹³

Quanto à angústia, Bonaparte menciona que existem três tipos, quais sejam: a angústia real, que emana de um perigo real; a angústia neurótica, relacionada ao retorno de conteúdos inconscientes; e a angústia frente ao instinto. Apesar de recorrer a uma explicação biológica para a terceira forma de angústia, ainda assim Bonaparte considera que os instintos sexuais serão sempre uma ameaça ao ego. Afirma a autora que “o homem ameaçado em seu eu vital pelo chamado da sexualidade, que reivindica ejeção ou efração de sua substância, experimenta sempre uma mistura em proporções variadas de atração e angústia em face das exigências de Eros”²⁹⁴. Dessa luta de forças, a integridade narcísica do ego sempre afastará os riscos de o psiquismo se deixar levar pelos prazeres do sexual. “O individual vital se insurge contra o libidinal reprodutivo”²⁹⁵.

A autora aborda duas formas de explicar o complexo de perfuração: na primeira, ela adota a compreensão psicanalítica e destaca a cena originária (coito dos pais) como a que produz a sedução, levando a menina a criar uma teoria sádica sobre o coito. Essa percepção é traduzida em uma cena de agressão sádica por parte do homem sobre a mulher, impactando enormemente a evolução libidinal da menina, pois nela instaura-se uma forte angústia de efração e arrombamento; já a segunda forma de explicação apoia-se na paleobiologia celular, em que afirma que o psiquismo humano está vinculado a certas reações biológicas presentes

²⁹³ BONAPARTE, Marie. (1936). Observações paleobiológicas e biopsíquicas. *In*: BONAPARTE, Marie. **Sexualidade feminina**: contribuições para a psicanálise. Trad. Sarug Ribeiro e Fabio Belo. São Paulo: Zagodoni, 2022. p. 21-29. p. 24.

²⁹⁴ Ibidem, p. 29.

²⁹⁵ Ibidem, p. 28.

nas células. Pontua a autora que a possibilidade de efração ou ruptura da substância dos viventes (células) é sempre temida e interpretada como destruição e morte, sendo tal reação de medo transferida em bloco ao psiquismo.

A primeira forma de compreensão de Bonaparte sobre o complexo de perfuração, a qual nos interessa, apoia-se em ideias freudianas relativas à forma como as crianças tentam explicar os fenômenos sexuais observados na infância. Freud, em seu artigo de 1908, intitulado “Sobre as teorias sexuais das crianças”, relata sobre as teorias infantis criadas para dar conta de toda a curiosidade sexual relativa às diferenças genitais entre meninos e meninas, bem como ao nascimento dos bebês e à cena original sexual do casal de pais²⁹⁶.

A percepção infantil de que os pais fazem sexo é comum e até saudável, podendo ser interpretada sob diversas formas, conforme a situação ou idade da criança. Uma porta fechada após o almoço de domingo e sons que emanam do quarto podem despertar curiosidade, mas ainda assim guardam algum afastamento da cena. Já uma criança que dorme no mesmo quarto que seus pais por muito tempo terá maiores chances de presenciar diretamente o contato sexual entre eles. Mesmo que a criança seja bem pequena e os pais menosprezem a sua capacidade de compreensão, imagens e ruídos de uma cena sexual poderão ser captados causando-lhe alguns impactos. Vejamos o que aponta Freud sobre tal tema:

A terceira das teorias sexuais surge nas crianças quando, por qualquer circunstância doméstica, elas testemunham acidentalmente uma relação sexual entre os pais. Sua percepção dos acontecimentos é fatalmente muito incompleta. Quaisquer que tenham sido os detalhes que atraíram sua atenção (as posições das duas pessoas, os ruídos, ou qualquer circunstância acessória), a criança chega sempre à mesma conclusão, adotando o que se poderia chamar de uma concepção sádica do coito. Ela o encara como um ato imposto violentamente pelo participante mais forte ao mais fraco.²⁹⁷

A teoria sádica do coito não está assim tão distante do ato sexual em si. De fato, a relação sexual, em toda a sua performance, poderá sugerir uma batalha entre o casal, em que uma energia excessiva e quase descontrolada se apodera dos corpos da dupla. Seria quase o descontrole de um ataque epilético, o que me faz lembrar de Rita Lee, especificamente de sua canção de título “Amor e Sexo”, quando ao descrever as diferenças entre eles, afirma que “Amor nos torna patéticos. Sexo é uma selva de epiléticos. Amor é cristão, sexo é pagão. Amor é latifúndio, sexo é invasão”.

Em muitos casos de vaginismo, a intensidade da libido em exercício no ato sexual torna essa vivência algo apavorante. Julia declarava: “Tenho medo de que ele perca o controle e

²⁹⁶ FREUD, Sigmund. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 112-122.

²⁹⁷ Ibidem, p. 119.

venha com muita vontade para cima de mim. Sinto que vou ser agredida”. Para essas mulheres, o vigor da sexualidade é possivelmente confundido com agressividade, levando ao afastamento da atividade sexual. O medo de ser violada, tal como se o sexo fosse uma atividade altamente agressiva, está no cerne do vaginismo. Muitas pacientes, assim como Júlia, afirmam: “Não sei por que sinto o sexo como se fosse um estupro. Isso nunca me ocorreu. Não consigo entender”.

Outra fala de Júlia que expressa tal medo é quando afirmava em tom muito irritado: “Não me conformo de ter que fazer isso. Penetrar um pênis na minha vagina? Não vejo como uma mulher pode gostar disso”. Dessa forma, vemos que o conceito de complexo de perfuração de Bonaparte, retirando-lhe o biologismo excessivo, traduz de forma contundente o que ocorre com as mulheres que não permitem serem penetradas.

Ainda segundo Bonaparte²⁹⁸, o corpo biológico humano possui três modos de perfuração: o primeiro se refere à nutrição/defecação; o segundo à reprodução sexuada; e o terceiro a uma ferida causada por qualquer ameaça exterior. Os dois primeiros são benéficos, pois estão a serviço da vida. A fome vem da necessidade celular de assimilar nutrientes do meio ambiente para que haja a manutenção da vida, assim como na defecação ocorre a eliminação daquilo que não é mais necessário ao organismo. No campo do amor (reprodução), provém a aspiração para a união das células sexuais (óvulo e espermatozoide) para a geração de uma nova vida. Já no terceiro, a ameaça exterior pode ocasionar, de fato, a morte, por intermédio de armas de fogo, arma branca ou acidentes.

Bonaparte explica o complexo de perfuração ao relacioná-lo com o masoquismo feminino, partindo da célula e chegando ao psiquismo. Afirma que a menina, ao fantasiar ser penetrada pelo pênis, sente que seu corpo está em risco de dilaceramento e morte. A integridade narcísica do eu estaria em oposição à possibilidade de efração do corpo, gerada pela ameaça de um pênis destruidor²⁹⁹. Claramente, o complexo de perfuração é o medo, desconforto ou ansiedade de penetração, que causa sofrimento significativo, podendo levar a um medo paralisante da relação sexual, como se verifica em tantos casos de vaginismo.

Fantasias negativas de invasão e perfuração do corpo podem estar associadas culturalmente à primeira relação sexual. Mesmo que na atualidade tenhamos desmistificado questões sobre o início da vida sexual feminina, no imaginário coletivo o primeiro ato sexual

²⁹⁸ BONAPARTE (1936) *apud* RIBEIRO, Sarug Dagir; BELO, Fábio. Complexo de perfuração: uma interpretação a partir da teoria de sedução generalizada. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n. 22, v. 3, p. 584-605, 2019.

²⁹⁹ RIBEIRO, Sarug Dagir. **Com LaPlanche, ler Marie Bonaparte**: contribuições à psicanálise. 2020. 115 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

ainda é visto como dolorido e causador de sangramento. Importante contribuição para este tema foi apresentada por Freud³⁰⁰ em seu artigo “O tabu da virgindade”, no qual ele assinala que os tabus são criados pela sociedade por meio dos padrões morais e convenções sociais, estando relacionados às proibições, à censura e ao perigo de determinadas atividades sociais.

Nesse texto, Freud pontua que um tabu é criado toda vez que o homem teme algum perigo. A primeira relação sexual está ligada ao horror e ao sangue, constituindo o tabu da virgindade. De modo geral, o elemento sangue está associado a machucados, feridas e cortes e, portanto, também às fantasias sádicas de morte e de matar. O tabu da menstruação, que também traz o sangue como componente principal, está do mesmo modo associado aos aspectos negativos e sádicos da experiência humana. Algumas tribos primitivas vinculavam a menarca (primeira menstruação) à mordida de um espírito animal que deseja manter relações sexuais com a jovem garota³⁰¹.

Diversas tribos primitivas na história da civilização possuíram rituais de ruptura do hímen por outra pessoa que não o marido, indicando que a virgindade e a primeira relação sexual feminina sempre apareceram na cultura como um tabu, um perigo ao homem. Os povos primitivos da Austrália tinham como costume a perfuração do hímen das garotas ainda quando crianças. Nas tribos Portland e Glenelg, essa perfuração é efetuada por uma mulher idosa, sempre no âmbito de um ritual. Se não ocorreu na infância ou puberdade, isso acontece antes do casamento, em um ato cerimonial que se realiza em duas partes: perfuração e relação sexual. Em tribos antigas da Malásia e Sumatra, o primeiro defloramento é efetutado pelo pai da noiva. Nas Filipinas existiam homens cuja profissão era deflorar noivas, caso o hímen não houvesse sido perfurado na infância por uma mulher idosa. Em certas tribos esquimós, esse ato era confiado ao sacerdote. Na Índia, a mulher recém-casada era obrigada a sacrificar seu hímen com um objeto de madeira; em Roma, a esposa tinha que se sentar em um gigantesco falo de pedra de Príapo. Na investigação dos povos primitivos, Freud³⁰² reconhece que a primeira penetração vaginal poderia ser tão traumática, que tal tarefa deveria ser delegada a outra pessoa.

Importante notar que Freud, nesse artigo, aponta para a ideia de que o defloramento anatômico feminino implica um ataque ao narcisismo, causando um tipo de diminuição de valor. Portanto, o complexo de perfuração é capaz de levar a uma espécie de impotência psíquica que reabre as cenas da passividade originária. Há uma relação do complexo de

³⁰⁰ FREUD, Sigmund. (1918). O tabu da virgindade. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 116-128.

³⁰¹ Ibidem.

³⁰² Ibidem.

perfuração com o narcisismo, na medida em que a efração do corpo pode ocasionar uma efração egoica, ou um dilaceramento do eu³⁰³.

O primeiro ato sexual mobiliza uma série de vivências emocionais que não estão relacionadas apenas à dor do ato em si, mas a uma reação paradoxal quanto ao fato de a mulher se sentir invadida nessa tarefa de defloração. Dessa forma, podemos observar o cruzamento das ideias de Freud e Bonaparte, ao considerar a penetração vaginal como uma experiência traumática de invasão e defloração, como de fato é observado nas mulheres com vaginismo.

Jacques André³⁰⁴ foi um dos primeiros autores a desvincular o conceito de “complexo de perfuração” do biologismo excessivo de Bonaparte. Na ótica de André, as origens femininas da sexualidade relacionam-se à natureza penetrável do corpo, mas também ao gesto de efração originária vindo do outro, adulto cuidador, que inaugura o corpo da criança com sua própria sexualidade.

Dessa forma, poderemos compreender o complexo de perfuração por intermédio da Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche, que visualiza o medo da penetração do corpo como decorrente dos esforços tradutivos do bebê em decifrar as mensagens do outro, sentidas como intromissões e traduzidas pela cultura como algo penetrante e ameaçador.

6.2.2 A angústia de invasão que vem do outro – Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche

Quando nos afastamos do olhar biológico de Bonaparte, é possível compreender o complexo de perfuração também por meio de autores psicanalíticos mais contemporâneos, os quais dão ênfase ao papel do outro na formação do psiquismo humano. Freud³⁰⁵, em sua “Conferência XXXI – A Dissecção da Personalidade Psíquica”, já afirmava com propriedade que a formação do eu resulta de um longo processo de convivência com outros seres humanos. E, assim, observa-se como ocorre o nascimento do sujeito psíquico por meio da relação estabelecida com as pessoas próximas, principalmente no início da vida.

Estamos falando, mais precisamente, das vivências psíquicas adquiridas pelo bebê em sua relação com o cuidador, normalmente, a mãe. Entende-se por mãe qualquer pessoa adulta

³⁰³ RIBEIRO, Sarug Dagir. **Com LaPlanche, ler Marie Bonaparte**: contribuições à psicanálise. 2020. 115 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

³⁰⁴ ANDRÉ, Jacques. **As origens femininas da sexualidade**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

³⁰⁵ FREUD, Sigmund. (1932). Conferência XXXI – Dissecção da personalidade psíquica. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 40-55.

que tenha assumido o papel desta, realizando a função materna frente aos cuidados do bebê no início da vida. Tendo como base o amor, a função materna implica uma troca de expectativas, de olhares e de desejos entre a mãe e seu bebê, possibilitando-lhe constituir-se como sujeito. A relação afetiva que envolve a mãe e sua criança incluirá, inevitavelmente, todos os aspectos inconscientes da mãe, os quais serão depositados no bebê.

Tal como já mencionado na vinheta anterior, a primeira teoria das neuroses de Freud apresenta a ideia de que a criança pequena havia sido seduzida por um adulto de sua convivência, o que havia a excitado além do que seu psiquismo poderia tolerar. Muitos eram os relatos na clínica de Freud acerca de conteúdos sexuais invasivos vividos na infância, o que o fazia considerar essa hipótese. No entanto, a partir de 1897, o autor abandona esse conceito passando a considerar que essa sedução não acontecia concretamente, mas era oriunda das fantasias de desejo da própria criança, associadas ao corpo e à sexualidade infantil. Já abordamos tal aspecto anteriormente.

Posteriormente, Laplanche³⁰⁶ retoma algumas ideias do pai da psicanálise trazendo o adulto sedutor – a mãe – novamente à cena em sua Teoria da Sedução Generalizada. O autor tece críticas à concepção freudiana descrita nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, em que não há ênfase na comunicação entre adulto e criança. Refere que Freud, ao abandonar sua teoria inicial da sedução real na origem da histeria, “parece mesmo querer insistir no aspecto mecânico das ações excitantes, negligenciando completamente o aspecto relacional”³⁰⁷.

Vale a pena lembrar que a Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche é uma teoria que discorre sobre a constituição psíquica de todos nós, demonstrando que toda a relação de cuidados da mãe para com o seu bebê é permeada por conteúdos sexuais, os quais já colocam o psiquismo da criança para trabalhar, no sentido de dar algum significado ao que é percebido, dando início ao trabalho de simbolização tão necessário ao desenvolvimento psíquico saudável.

A relação entre a mãe e seu bebê, desde o início da vida do pequeno ser, é permeada por sexualidade e sensações prazerosas. Roussillon³⁰⁸ enfatiza quatro tipos de prazer ocasionados pelo contato da dupla mãe-bebê: primeiramente, há o prazer que o bebê possui em matar a fome e se sentir alimentado; em segundo, está o prazer erótico de sugar o seio da mãe; em terceiro lugar, há a satisfação vinculada a uma comunicação bem-sucedida entre mãe e bebê; e, por último,

³⁰⁶ LAPLANCHE, Jean. (2005). Os três ensaios e a teoria da sedução. In: LAPLANCHE, Jean. **Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006**. Trad. Vanise Dresch e Marcelo Marques. Porto Alegre: Dublinense, 2018. p. 232-246.

³⁰⁷ Ibidem, p. 239.

³⁰⁸ ROUSSILLON (2008) *apud* MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016.

está um prazer enigmático para a criança, associado ao erotismo da mãe. “A mãe possui prazer erótico quando amamenta e cuida do corpo da criança. A criança capta esse prazer, de modo que se essa mensagem for suficientemente recalcada, abre-se caminho para que ela venha a descobrir o prazer que a mãe tem com o pai”³⁰⁹.

Isso é o que pontua Laplanche³¹⁰ quando afirma que o prazer erótico da mãe é sempre enigmático para a criança. Quando essas fantasias e ideias excitam a criança de maneira “suficientemente boa”, isso põe o seu psiquismo para funcionar. Sendo assim, o recalque primário, tão necessário para que a barreira entre consciente e inconsciente se forme, consegue atuar de modo eficiente. Contudo, tal como aponta Minerbo, pode ocorrer o contrário:

[...] a mãe pode atuar com a criança as suas próprias questões eróticas mal resolvidas, o que torna a situação não apenas enigmática, mas francamente traumática. A mãe que atua e responde de forma inadequada às demandas libidinais da criança acaba excitando-a além da conta.³¹¹

Há uma parte que cabe à criança, que está envolvida em suas experiências da sexualidade infantil, certamente; mas há também a parte que cabe à sexualidade do adulto cuidador, com suas questões eróticas mal resolvidas.

Para Freud, a angústia estava vinculada à vivência do desejo infantil, que era intolerável e conflitivo do ponto de vista da moralidade superegoica da época. Mas atualmente há outros padrões morais e os conflitos sexuais – como por exemplo, o vaginismo – que permanecem presentes nos indivíduos, fazendo-nos repensar a razão para tais angústias.

A angústia que afasta as mulheres de sua sexualidade, algumas vezes, pode sim estar relacionada aos conflitos superegoicos, oriundos da moralidade cultural e familiar, mas nem sempre. Atualmente, a maior parte dos ambulatórios e institutos que oferecem atendimento a mulheres com disfunções sexuais se apoia apenas sobre essa compreensão. É evidente que a dificuldade com as práticas sexuais mais livres e espontâneas pode sim sofrer com as influências negativas de uma sociedade que por séculos privou as mulheres do encontro prazeroso com sua sexualidade, conferindo-lhes severos julgamentos morais, como abordarei no próximo capítulo. Sem dúvida, as proibições morais e superegoicas estão na raiz de muitos entraves na sexualidade, mas não em todos os casos.

³⁰⁹ MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016. p. 141.

³¹⁰ LAPLANCHE, Jean. (2005). Os três ensaios e a teoria da sedução. *In*: LAPLANCHE, Jean. **Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006**. Trad. Vanise Dresch e Marcelo Marques. Porto Alegre: Dublinense, 2018. p. 232-246.

³¹¹ MINERBO, *op. cit.*, p. 142.

É possível observar, frequentemente, que muitas mulheres criadas sob conceitos morais menos rígidos do que aqueles de antigamente também sofrem por não reconhecerem o desejo sexual em si. Portanto, a abordagem de tratamento centrada em uma terapia de base comportamental, que propõe a prática de exercícios sexuais para o aprendizado de novos caminhos para a sexualidade, poderá ser positivo, contudo, algumas vezes, pode também ser limitado em seus resultados. Em alguns casos mais complexos, uma abordagem psicodinâmica como a psicanálise parece ser a melhor indicação para a compreensão dos componentes mais profundos que envolvem a origem e a manutenção das disfunções.

Nesses casos, a angústia, que torna o desejo sexual algo tão intolerável, pode ter a ver com a possibilidade de ser tomado pela sexualidade inconsciente dos pais, que está relacionada com a formação precoce do psiquismo no início da vida. A criança fica presa nas malhas do narcisismo materno, de maneira que partes do eu da criança são sequestradas pelo eu da mãe, como verificamos no caso Júlia. Dessa forma, a excitação sexual se transforma em trauma, em algo profundamente incômodo, assim, sempre que alguma coisa na vida do sujeito evoca a possibilidade de repetição dessa experiência, o superego aciona seus mecanismos defensivos. A gênese da dificuldade sexual de Júlia não se encontra no plano da moralidade social, mas sim nas primeiras relações de objeto da pequena criança com sua mãe.

Os bebês da espécie humana, diferentemente de outras espécies, nascem sob estado de total desamparo. Na natureza, o filhote de cachorro começa a andar a partir de 21 dias de idade, mas o filhote de cavalo já se levanta poucos minutos após nascer. Já o bebê humano, que começa a andar a partir de um ano de idade, fica sob um estado de completa dependência de um adulto cuidador para que haja a sua sobrevivência.

É o que Laplanche³¹² denomina como situação antropológica fundamental, experiência vivida por todo indivíduo no início da vida, o que levará à instauração da pulsão e do inconsciente. O bebê, dado seu estado de desamparo, encontra-se aberto ao mundo e a todos os estímulos que dele provêm. A sedução originária se refere ao adulto cuidador, marcado por sua própria sexualidade inconsciente, que estará em contato direto com o bebê, transmitindo-lhe mensagens enigmáticas acerca de suas vivências eróticas. Essas mensagens precisam ser metabolizadas pela criança, mas que nem sempre terá ainda condição de simbolizá-las. Sobre a qualidade inconsciente das mensagens enigmáticas do adulto, Laplanche assinala que,

³¹² LAPLANCHE, Jean. (2001). A partir da situação antropológica fundamental. In: LAPLANCHE, Jean. **Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006**. Trad. Vanise Dresch e Marcelo Marques. Porto Alegre: Dublinense, 2018. p. 103-115.

Nessa situação antropológica fundamental, os termos importantes são “comunicação” e “mensagem”, com uma ideia sobre a qual eu gostaria de insistir: não falo de mensagem inconsciente; qualquer mensagem para mim é uma mensagem que se produz no plano consciente-pré-consciente; quando falo de mensagem enigmática, falo de mensagem comprometida pelo inconsciente; nunca há mensagem inconsciente em estado puro [...]. O que conta, enfim, nessa situação, é o que faz o receptor com essa mensagem, isto é, precisamente, a tentativa de tradução e o necessário fracasso da tradução.³¹³

Sob esse ponto de vista defendido por Laplanche, a passividade da criança frente ao adulto é fato fundamental que dará origem à constituição do psiquismo. As primeiras experiências de completa abertura ao mundo produzirão na criança vivências de pura excitação, mas sem ainda possuir proteção psíquica e limites definidos. Portanto, muitas dessas vivências podem ser experimentadas como um gozo passivo, intrusivo e fragmentário, carecendo da ação da tradução e do recalque para que haja uma continuidade no desenvolvimento psíquico e a criação do pré-consciente/inconsciente.

A Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche é uma teoria sobre as origens do inconsciente, mas de uma forma ligeiramente diferente do que fora apontado por Freud. No início da psicanálise, na Carta 52 de Freud a Fliess, escrita em 1896, o pai da psicanálise refere que o recalque é uma falha no sistema de tradução, em que o sujeito não tem recursos emocionais para metabolizar aquilo que lhe ocorreu³¹⁴. Freud, nessa ocasião ainda influenciado por sua primeira teoria de sedução real, pensa nesse sistema para compreender o que ocorre nas patologias neuróticas. As amnésias histéricas, os lapsos de esquecimentos, as lembranças encobridoras são analisadas por Freud sob a ótica da relação entre conteúdos esquecidos e conteúdos recalcados. O inconsciente teria um efeito negativo sobre a memória, pois as representações recalçadas seriam impedidas de terem acesso à consciência e de serem recordadas. O inconsciente seria então uma espécie de arquivo de lembranças rejeitadas pela censura. Nessa perspectiva, o inconsciente seria simplesmente uma lembrança mais profunda, mais escondida do que aquelas mais próximas do pré-consciente/consciente.

Laplanche, por sua vez, compreende que tal teoria do recalque pode ser pensada como formadora do psiquismo para todos de um modo geral, e não apenas para os casos psicopatológicos. O inconsciente não é um simples reservatório de registros, mas sim um mecanismo que faz parte da formação precoce do eu.

³¹³ LAPLANCHE, Jean. (2001). A partir da situação antropológica fundamental. In: LAPLANCHE, Jean. **Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006**. Trad. Vanise Dresch e Marcelo Marques. Porto Alegre: Dublinense, 2018. p. 103-115. p. 108.

³¹⁴ FREUD, Sigmund. (1896). Carta 52. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 176-179.

Tudo começa quando ainda não existe um eu no bebê, e as mensagens eróticas vindas dos pais são sentidas e inscritas no psicossoma da criança, necessitando, portanto, de tradução e recalque. A mãe deixará suas marcas e sensações por meio do contato com o corpo do pequeno ser: o toque de carinho, o quente do corpo da mãe, o beijo carinhoso e, por vezes, voraz, as cócegas que estimulam o corpo e também os cuidados de higiene; estes são estímulos que precisam ser traduzidos e recalcados pela criança.

O início da constituição psíquica humana se dá na passividade da criança frente ao adulto, já que está radicalmente aberta às excitações que vêm do mundo. As primeiras mensagens recebidas pelo bebê carregam um sentido narcísico cuja incidência se faz sobre o corpo, com toques e carinhos que vão formando as fronteiras da pele, o apaziguamento das tensões e o estabelecimento de uma constância dos estímulos que asseguram a continuidade da existência do pequeno ser. São os primeiros elementos da tradução do eu do bebê, que se juntam aos restos não traduzidos das vivências de um gozo passivo, intrusivo, de ser objeto de desejo de outro alguém.

Quando Freud abandona a teoria da sedução real vai se abrindo espaço para uma teoria que coloque a sedução não mais no pai ou em familiar próximo, mas na sedução precoce causada pela mãe na relação pré-edípica. Uma das passagens em Freud que ilustra claramente a existência de uma sedução precoce está presente no texto “Feminilidade”, datado de 1933:

E agora encontramos mais uma vez a fantasia de sedução na pré-história pré-edípica das meninas; contudo o sedutor é regularmente a mãe. Aqui a fantasia toca o chão da realidade, pois foi realmente a mãe quem, por suas atividades concernentes à higiene corporal da criança, inevitavelmente estimulou e, talvez, até mesmo despertou, pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais da menina.³¹⁵

Os cuidados e carinhos depositados na criança pelo adulto são mensagens enigmáticas, que só podem ser dominadas por meio de um trabalho de tradução e simbolização. O recalque é justamente uma falha dessa tradução, que dará origem ao inconsciente. Esses restos ou resíduos daquilo que não pôde ser traduzido serão identificados como representação-coisa, que constituirá o inconsciente. A representação-coisa diz respeito a imagens, sons e sensações que não representam nada, a não ser elas próprias. Sobre isso, Laplanche³¹⁶ afirma que a representação, tornando-se inconsciente, perde seu estatuto de representação para se tornar uma coisa que não representa (não significa) nada mais do que ela própria. O autor emprega

³¹⁵ FREUD, Sigmund. (1933). Feminilidade. Conferência XXXIII. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 76-92. p. 82.

³¹⁶ LAPLANCHE, Jean. (1987). **Novos fundamentos para a psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

o termo “significante dessignificado” para se referir ao elemento inconsciente, justamente por perder seu caráter de comunicação. O inconsciente é então um resíduo, um resto, um ruído de um processo tradutivo que equivale ao recalçamento, e não uma memória em si. Segundo Lattanzio e Ribeiro³¹⁷, “Laplanche pretende, assim, dizer que o inconsciente não é estruturado como uma linguagem, mas é antes como uma linguagem não estruturada”.

As traduções ou simbolizações permitem à criança representar seu mundo interno por meio da construção de sua história, dando-lhe significado. O inconsciente é o que fica excluído desse processo, mas ao mesmo tempo será o próprio inconsciente que fará pressão para que novas traduções aconteçam. Sabemos que o recalçado, que foi retirado da consciência, faz força para retornar a ela. Esse retorno se dá por meio dos sonhos, chistes, atos falhos e tantos sintomas, dando ao sujeito a oportunidade de ressignificar o que anteriormente não foi integrado. Encontramos em Freud, desde o início da teoria psicanalítica, esse pressuposto.

O trabalho de recalque aparece na teoria laplancheana como fundamental para a constituição do eu – e não como resultado do patológico. Recalcar é o movimento que retirará de cena aquilo que não pôde ser interpretado e traduzido pela criança, abrindo espaço para novas percepções. É preciso apagar, a fim de que o novo entre. Se as representações traumáticas são intensas demais e ficam impregnadas, muito solidificadas na mente, não há possibilidade de continuidade. O trauma impregna a mente, fazendo com que as mensagens sejam impossíveis de serem apagadas. A porta de entrada para novas experiências e percepções precisa estar sempre aberta, a fim de que haja trânsito psíquico e ressignificação. Para que isso ocorra, é necessário haver recalque.

O recalçamento vai constituindo tanto o inconsciente quanto o eu da criança. Aquilo que foi recalçado e, portanto, ficou de fora, poderá ter transcrições ao longo da vida. O erótico e o sensual da mãe que foram recalçados terão a sua ressignificação no adulto, vindo a aparecer no prazer de namorar, de fazer sexo, de se relacionar com os outros, de se masturbar, tudo aquilo que corresponde à maturidade sexual, desde que haja uma mãe que auxilie a criança nesse processo de tradução. A criança encontra no outro, na cultura, a ajuda para simbolizar essas experiências psicossomáticas. Portanto, a mãe é aquela que seduz, mas que também a que ajuda a traduzir.

A função materna exige que haja uma mãe recalçada, que tenha sob o seu domínio as suas principais questões eróticas. Isso porque a mãe recalçada sabe onde e como tocar o seu

³¹⁷ LATTANZIO, Felipe Figueiredo; RIBEIRO, Paulo de Carvalho. Recalque originário, gênero e sofrimento psíquico. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 3, p. 507-517, 2012. p. 509.

bebê para que, apesar dos cuidados e carinhos, ela não produza excitação sexual na criança. A mãe excita, mas também ajuda a recalcar, pois transmite à criança quais limites devem ser aceitos. Para uma criança apegada ao seio na amamentação, a mãe será responsável por lhe dizer: “olha, agora você já tem um ano, não vai mais mamar”. De forma indireta, mas muito clara ao filho, a mensagem significa que, a partir de agora, esse seio é só da mamãe ou, no máximo, também do papai, demonstrando a necessidade de recalque de certas formas de prazer para a abertura de novos processos. Graças a esse apagamento a criança poderá traduzir essa experiência em outros contatos eróticos no futuro. O recalque, dessa forma, impulsiona a criança a, no futuro, retraduzir e recolocar em jogo o que foi colocado sobre seu corpo na infância.

A fim de que a criança tenha a capacidade de pensar, de criar, de ter curiosidade, de perguntar, de fantasiar, é necessário que a mãe seja um auxiliar de recalque. Quando há demasiada exposição à verdade, ou a situações fortes e muito impactantes, ocorre uma paralização no desenvolvimento e a incapacidade de continuidade do desenvolvimento psíquico. O sexual é sempre traumático para uma criança pequena, que precisa ser ajudada na importante tarefa do recalque.

Como visto, a teoria de Laplanche retoma a formação do psiquismo na criança a partir da questão da alteridade, da descoberta da presença do outro como diferente de mim, que dará origem às tópicas id, ego e superego. Ele afirma que, para a criança, abrir-se para o mundo não é exatamente o problema; a única problemática será, isto sim, a de se fechar, de fechar um si mesmo, para que haja a construção de um ego³¹⁸. A via de fechamento dar-se-á a partir do recalque.

A sexualidade inconsciente do adulto cuidador coloniza o corpo da criança não somente por meio dos cuidados físicos da mãe, mas – tão importante quanto – também pela mensagem inconsciente (composta de elementos verbais e não verbais) comprometida com o enigma do sexual materno. Alguns autores levam em consideração que é a passividade originária da criança e a inevitável inoculação traumática do sexual pelo adulto que provavelmente levam a relacionar a sedução originária à penetração do corpo e do psiquismo^{319 320}.

³¹⁸ LAPLANCHE, Jean. (1987). **Novos fundamentos para a psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

³¹⁹ ANDRÉ, Jacques. **As origens femininas da sexualidade**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

³²⁰ RIBEIRO, Sarug Dagir; BELO, Fábio. Complexo de perfuração: uma interpretação a partir da teoria de sedução generalizada. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n. 22, v. 3, p. 584-605, 2019.

Estando aberta ao outro e completamente desprovida ainda de recursos que possam servir de proteção, a pequena criança poderá sentir a sedução generalizada como invasão de seu corpo e de seu psiquismo, colaborando com a ideia de que todos, meninos e meninas, sentem os impactos de um corpo orifical.

6.2.3 Um corpo orifical e o complexo de perfuração

Na teoria da gênese do eu, Laplanche menciona que o eu-corpo antecede o eu-instância. Afirma que, em um primeiro momento, já teríamos o eu-corpo – que consiste na percepção da superfície epidérmica – antes mesmo da consolidação do recalque. No eu-corpo fragmentado, há a marca dos significantes enigmáticos do outro, que se instalam como zonas erógenas do bebê e são desconectadas umas das outras. Trata-se de um momento autoerótico, semelhante ao mencionado por Freud³²¹, que na sequência dará entrada ao tempo narcísico.

Segundo Ribeiro³²², a perda do seio como primeiro objeto de autoconservação dá início à formação de objetos internos, tal como o seio alucinado, que se tornam independentes da satisfação da fome. As fantasias associadas às marcas deixadas pelo objeto no corpo do bebê dizem respeito à sedução originária como instauradora das zonas erógenas. A erogenização do corpo leva os órgãos a serem conectados, dando origem a um corpo unificado, pronto para dar início a um eu-instância, em um psiquismo em sua totalidade.

Quando já há um corpo delimitado em que o eu possa se alojar, também se inaugura a oposição entre o dentro e o fora, o interno e o externo. A partir daí se torna possível incorporar, introjetar, projetar, mas principalmente, penetrar e ser penetrado. Em uma direção diferente da de Freud, Laplanche³²³ aponta que o verdadeiro destino vinculado à anatomia humana talvez esteja ligado a um corpo orifical e não fálico. O corpo agora unificado, mas também orifical, é o representante tanto da totalidade quanto da vulnerabilidade à efração, à violência da penetração, ao rompimento de barreiras.

É possível supor que o medo associado à penetração dos limites do corpo não é resultado das reações celulares, como mencionava Bonaparte, mas sim dos ataques invasivos ao eu do bebê, vindo nas mensagens sexuais enigmáticas do cuidador adulto. A percepção de passividade

³²¹ FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 77-150.

³²² RIBEIRO, Paulo de Carvalho. O sexual, o fálico e o orifical a partir da teoria de sedução generalizada. **Percursos - Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 56/57, p. 105-112, 2016.

³²³ LAPLANCHE, Jean. (1980). **Castração: simbolizações**. Problemáticas II. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

originária pode ser traduzida pela menina como fantasias de intrusão, de rompimento de barreiras e de arrombamento de orifícios. O corpo, com seus diversos orifícios – boca, narinas, ouvidos, olhos, uretra, ânus, vagina e pele – é passível de ser penetrado pelo outro em um momento inicial da constituição do sujeito, em que a passividade frente ao adulto é imperante.

Existem diversas direções na vivência do complexo de perfuração: a criança pode ter medo de ser invadida, mas também desejo de ser invadida pelo outro, assim como o desejo de invadir o corpo do outro. As reações de medo terrificante da efração do corpo podem ser compreendidas como uma tradução específica frente à situação de passividade originária. Embora haja uma tendência ao medo frente à possibilidade de perfuração do corpo, a interpretação dessa experiência dependerá da tradução que cada sujeito faz do enigma. Isso se revela na medida em que o medo em jogo no complexo de perfuração de viver a efração do corpo pode se traduzir também como desejo de romper e invadir o corpo do outro³²⁴.

A sexualidade orifical está presente no desenvolvimento psicosssexual da criança, tanto nas carícias cheias de amor e erotismo dos adultos cuidadores quanto nas atividades masturbatória infantil. É na situação antropológica fundamental que as primeiras sensações orificiais acontecem na criança, por meio do dedo do adulto, dos lábios, ou de um singelo toque. Mas a criança também é seduzida pelos orifícios do cuidador que, na violência de suas carícias, pelo sorriso da boca, pelo beijo quente e terno, pelo orifício do seio que oferece o leite, transmite todo o pulsional transbordante. Nas atividades masturbatória da fase anal, também é comum o toque no ânus e até a introdução do dedo, buscando a obtenção de prazer sexual. Portanto, os encantos dos orifícios despertam também fantasias de arrombamento e o desejo inconsciente de ser penetrado pelo outro – e não apenas medo e repulsa, como vemos no vaginismo.

O medo de ser penetrada, no caso das mulheres com vaginismo, pode ser compreendido como uma tradução específica frente à situação de passividade originária do início da vida. Ser tomada, levada e penetrada por um outro desperta angústia e fortes resistências. Estar à mercê do outro é fonte de terror e desespero. No entanto, o medo da perfuração do corpo também aparece como um mecanismo de proteção, a fim de tentar neutralizar aquilo que vem do outro de forma intensa e inconsciente, diante do pequeno ser que se encontra totalmente aberto na situação antropológica fundamental.

³²⁴ RIBEIRO, Paulo de Carvalho. O sexual, o fálico e o orifical a partir da teoria de sedução generalizada. **Percurso - Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 56/57, p. 105-112, 2016.

Importante mencionar que, baseado em Laplanche, Ribeiro³²⁵ questiona a primazia fálica e aponta a genitália externa feminina podendo ser vista em sua positividade orificial, e não em sua negatividade castrativa. Laplanche³²⁶ faz menção ao livro de Leroi-Gourhan, obra que aponta que nas pinturas pré-históricas frequentemente se encontra o seguinte símbolo: (()), referente tanto à ferida produzida pela lança do caçador quanto à vulva. Tal símbolo já fora interpretado por outros autores como argumento em defesa da teoria freudiana da castração. Mas Laplanche discorda ao afirmar que se os nossos ancestrais estivessem sob o domínio da lógica fálica, deveria haver outras pinturas que apresentassem a oposição entre animais fálicos e animais castrados, o que não há. Logo, o símbolo é sim colocado como ferida, idêntica ao estatuto feminino e como resultado de um ato agressivo, mas também como abertura do corpo, não unicamente como amputação, mas como buraco³²⁷.

O autor complementa pontuando que é importante enfatizar a diferença entre a ideia de *ferida e amputação*, já que são facilmente confundidas. Menciona que em certas pinturas, pode-se observar mãos e outros apêndices do corpo amputado, que seriam diferentes das figuras, que fazem referência às feridas abertas. Sobre a diferença entre as duas noções, assevera:

Anulada com excessiva rapidez porque em numerosas observações clínicas e até em numerosas interpretações passa-se diretamente da lesão corporal, da ferida, da incisão, para a ideia de castração. Sem dúvida, essa assimilação da lesão à castração pode ser verdadeira numa certa lógica, naquilo que descrevemos como lógica fálica, ou seja, que não se pode cortar o pênis sem com isso criar a feminilidade, visto que a feminilidade não seria outra coisa senão a amputação do falo. Entretanto, tudo leva a crer que estamos na presença de duas cadeias simbólicas (a que gira em torno da ferida e a que gira em torno do corte), as quais, chegam a se entrecruzar e, por vezes, a se confundir, mas são, no entanto, distintas.³²⁸

Dessa forma, a diferença anatômica dos sexos pode encontrar seu lugar no inconsciente com um registro positivo de uma “sexualidade orificial”. A vulva seria um dos orifícios corporais, representantes da sexualidade orificial, e não um órgão resultante da mutilação da castração, a exemplo da lógica fálico/castrado. O medo da penetração não seria pertencente somente às mulheres, mas a todos os seres humanos, pois o corpo orificial e a passividade originária da criança perante o caráter invasivo do inconsciente do adulto é vivência comum a todos.

³²⁵ RIBEIRO, Paulo de Carvalho. O sexual, o fálico e o orificial a partir da teoria de sedução generalizada. **Percursos - Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 56/57, p. 105-112, 2016.

³²⁶ LAPLANCHE, Jean. (1980). **Castração**: simbolizações. Problemáticas II. São Paulo: Martins Fontes, 1988. p. 198.

³²⁷ Ibidem.

³²⁸ Ibidem, p. 197.

Ninguém escapa, sejam homens ou mulheres, de ter um corpo com características de penetrabilidade, que se dá por intermédio dos orifícios do corpo, nos cuidados prestados pelo adulto. Inclui-se aqui o grande órgão pele que, ao ser estimulada pelo adulto em suas carícias, introduz a criança no contato com o mundo externo³²⁹.

Segundo Ribeiro³³⁰, levando em consideração que todos os indivíduos possuem orifícios corporais, seria possível propor, em lugar de feminilidade orifical, uma sexualidade orifical. A feminilidade que esteve sempre associada à posição penetrada pode significar apenas que existe um vício de tradução, que em decorrência do momento histórico e cultural de uma sociedade patriarcal passou a servir como instrumento de poder e dominação dos homens sobre as mulheres. O mesmo pode ser dito da associação do masculino com a posição penetrante. A apropriação cultural desses símbolos fez com que as mulheres fossem representadas como orificiais e penetráveis e, os homens, como fálcos e penetrantes.

Mas tal como já dito anteriormente, a vagina não é o único orifício passível de penetração, deixando marcada a possibilidade da sexualidade orifical também nos homens. Lattanzio e Ribeiro³³¹ apontam o exemplo de filmes pornográficos que envolvem sexo oral e anal como aqueles que são preferidos por um grupo de homens consumidores desse tipo de produto. Questionam os autores se a sexualidade orifical está também presente nesses homens:

Haveria nessa preferência uma indicação da identificação dos homens com quem está sendo penetrada, dado que eles também têm ânus e boca? Pensamos que o desejo inconsciente de ser penetrado pode ser compreendido aí como traduzido/simbolizado e recalado por essa forma tão difundida de fantasia sexual masculina.³³²

Em função das determinações da cultura, as mulheres, por se identificarem com o feminino, conseguem conviver melhor com os restos da passividade originária, o que lhes permite uma maior liberdade nas identificações. Já os homens são mais propensos a buscarem identificações mais estereotipadas do universo fálco. Eles têm uma maior necessidade de negar a feminilidade, que também lhes pertence, lançando mão de respostas mais fálcas, demonstrando o caráter de impenetrabilidade da subjetividade masculina. O que parece é que os homens estão muito mais presos aos papéis de gênero do que as mulheres.

³²⁹ ANZIEU, Didier. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

³³⁰ RIBEIRO, Paulo de Carvalho. O sexual, o fálco e o orifical a partir da teoria de sedução generalizada. **Percursos - Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 56/57, p. 105-112, 2016.

³³¹ LATTANZIO, Felipe Figueiredo; RIBEIRO, Paulo de Carvalho. Recalque originário, gênero e sofrimento psíquico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 507-517, 2012.

³³² *Ibidem*, p. 514.

6.2.4 Concluindo o caso Júlia

Para finalizar, retomemos o caso da paciente citada no início do capítulo. A vinheta de Júlia, que se trata de um caso de neurose, mostra-nos uma mulher com questões edípicas não elaboradas, mas com funções egoicas relativamente bem preservadas. Na história de Júlia, a mãe cuidou dela sozinha, sem que houvesse a presença paterna ou alguém para separá-la da filha. Trata-se também de uma problemática edípica, tal como no caso clínico anterior. No entanto, comparativamente ao primeiro caso, neste aparecem dificuldades psíquicas maiores, angústias mais aterrorizantes e uma fixação mais limitante na relação com a mãe. Ainda que não exista uma ruptura psíquica típica psicótica, dificuldades narcísicas relativas à constituição do eu parecem estar mais presentes nesse caso do que no anterior.

Há aqui uma criança fragilizada pela doença da asma, que pouco se arriscava, quase não brincava, por medo de se machucar. Qualquer possibilidade de ruptura ou ferimento do corpo era sentida como terrível, como sensação de morte. Para Júlia, imaginar o interior do corpo, ingerir alimentos moles ou ser perfurada por agulhas também era fonte de intenso sofrimento, demonstrando que todos os canais corporais que podem fazer o intercâmbio entre o dentro e o fora são propícios para gerar a sensação de efração do complexo de perfuração. A boca, canal pelo qual entra o ar na respiração, foi o primeiro orifício a ser sentido como intermediador das vivências internas para as externas. A pele, que contém o interior do corpo, também é estabelecida desde cedo por Júlia como o órgão corporal que, sendo afetado por coceiras e urticárias, representava todas as dificuldades relativas ao viver no mundo externo diante das necessidades do mundo interno.

Antes que o vaginismo pudesse se instalar na vida adulta de Júlia, vemos que toda a sua história infantil já era muito marcada por dificuldades de separação da figura materna, enquanto objeto narcísico, de proteção e segurança. A mãe viveu uma relação conturbada com o pai da menina, já que ele possuía vários vícios e abandonou a família quando Júlia ainda era bebê. Sendo a filha caçula e temporã, a menina passa a ocupar na vida da mãe o lugar vazio deixado pelo pai. Com todos os filhos já crescidos, foi com Júlia que a mãe estabeleceu um pacto de completude narcísica difícil de ser rompido. Júlia chega a mencionar diversas vezes que “dentro de casa, sempre ocupou o lugar de pai da família”, já que ela trabalhava e levava dinheiro para o sustento da casa, enquanto a mãe cuidava dos afazeres domésticos. Júlia, de fato, sentia-se identificada e “casada” com os desejos inconscientes da mãe.

Uma mãe como a de Júlia parece não permitir a entrada da falta e da frustração na relação entre mãe e filha, bem como também possivelmente revela uma dificuldade em suportar

a sua própria falta. Por isso, a mãe pode ter sido levada a atender plenamente a todas as necessidades da filha, projetando nela os seus próprios aspectos psíquicos. Assim, acabou por criar uma relação em que não há espaço para um terceiro personagem na trama edípica, tampouco para a falta.

Ao confundir satisfação de necessidade com a doação de seu amor para suprir uma falta, a mãe priva a criança de um precioso dom: o de preservar-lhe o espaço da demanda, isto é, a possibilidade de ter uma demanda insatisfeita, de onde pode emergir o seu desejo. Tal condição não se dando, surge a angústia como manifestação sintomática da falta de falta. É esta, a falta, o vazio, que instaura uma fundamental insatisfação no ser humano, a causar-lhe desejo – desejo que não poderá se satisfeito definitivamente por nenhum objeto.³³³

A construção do símbolo para ausência/falta é uma aquisição que se dá lentamente e depende da mãe. Esta não pode ser onipresente, nem pode se ausentar excessivamente além do tempo que a criança consegue manter viva a imagem da mãe em seu psiquismo.

É preciso lembrar que a vivência da falta é o que garante a existência do desejo. Não se pode ter fome com a barriga cheia, assim como não podemos desejar o que não nos falta. A perda da ilusão de completude na fusão com a mãe é o espaço vazio necessário que se abre, a fim de que seja possível a entrada do novo: seja do pai, do coleguinha, das brincadeiras infantis ou do parceiro amante da vida adulta. Júlia até tentou direcionar seu desejo para outras direções, mas isso lhe parecia muito arriscado.

A distância entre o sujeito e o objeto não deve ser tão longa que não me permita enxergar o objeto, mas também nem tão curta que não possa haver diferenciação entre eu e o outro. A mãe, temendo perder a filha (assim como perdeu o pai), permaneceu agarrada a ela, não permitindo a instalação da ausência e da falta, tão fundamentais ao reconhecimento da realidade e à formação do eu.

Em situações de fusão entre mãe/objeto e seu filho, quando o objeto ainda é responsável por grande parte do trabalho psíquico que precisa ser feito para garantir a integridade do sujeito, a ameaça da perda do objeto produz intensa angústia de morte. A maioria das crianças, mesmo diante da proibição por parte das figuras de autoridade, arriscam chorar e espernear para conseguirem o que querem. Mas Júlia permaneceu por toda a vida acreditando que não deveria arriscar contrapor-se à mãe, e precisou dela até sua morte.

Durante a análise, em qualquer situação de conflito, Júlia entrava em estado de angústia profunda, o que a levava a várias crises de ansiedade e afastamentos de seu trabalho. A capacidade de conter suas angústias sempre foi muito pequena, sendo preciso que a analista a

³³³ ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. p. 80.

auxiliasse a segurar sua dor, para construir com ela as representações de tais vivências. Nesses momentos, surgia a intensa angústia de fragmentação e esvaziamento, muito típica em algumas mulheres com vaginismo, acerca da qual Minerbo discorre:

Há angústias de esvaziamento, pois o ego teme perder sua substância, seus conteúdos. Pressupõe, necessariamente, a constituição de um envelope psíquico. A sensação é de hemorragia narcísica, a autoestima vai “pelo ralo”, o sujeito sente que não vale mais nada. O objeto precisa ser usado como tampão.³³⁴

Além disso, sempre houve muita dificuldade por parte de Júlia de mencionar em sessão quaisquer queixas relativa à mãe, que aparecia como objeto altamente idealizado, o que tornava muito lento e difícil o desenvolvimento do caso. O mecanismo de defesa da *idealização* era frequentemente usado pela paciente, além da *negação*, o que trazia a imensa dificuldade de entrar em contato com toda a gama de emoções relativas não somente ao problema sexual, mas a diversas outras questões de sua vida. Havia uma narrativa superficial, com pouco aprofundamento e distanciamento das dores emocionais, o que gerava a impressão de uma ausência completa de simbolização.

Tal característica me fez pensar nos conceitos de *mentalização e pensamento operatório* mencionados pela psicossomática psicanalítica, em que há no sujeito uma importante incapacidade simbólica. Pierre Marty³³⁵ cunhou o termo *mentalização* para caracterizar uma capacidade do aparelho psíquico de fazer boas representações mentais. Para o autor, uma boa mentalização protege o corpo das descargas de excitação, na medida em que encontra abrigo nas representações existentes no pré-consciente. Logo, um grau empobrecido de mentalização deixa o corpo biológico desprotegido, entregue a uma linguagem primitiva basicamente somática. Sobre tal aspecto, Ferraz menciona que:

As representações psíquicas, bases da vida mental, são responsáveis pela existência das fantasias e dos sonhos, longas vias associativa que permitem o escoamento das excitações, dando-lhes um substrato propriamente psíquico. Nos processos de somatização, pode-se falar então, em insuficiência ou indisponibilidade das representações pré-conscientes.³³⁶

Em casos como o de Júlia, é possível notar uma difícil capacidade de descrever sentimentos subjetivos, uma dificuldade de simbolizar e de estabelecer uma relação entre os afetos e as fantasias, bem como um estilo de raciocínio concreto e objetivo voltado apenas à

³³⁴ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019. p. 85.

³³⁵ MARTY, Pierre. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

³³⁶ FERRAZ, Flavio Carvalho. Das neuroses atuais à psicossomática. **Percursos – Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 35-42, 1996. p. 40.

realidade externa, características estas típicas de pacientes somatizadores. Para McDougall³³⁷, as somatizações seriam psicopatologias diferentes das neuroses, nas quais o recalque de um conteúdo sentido como intolerável é percebido, reconhecido e posteriormente recalçado para fora da consciência. Nas somatizações, há um mecanismo mais radical de defesa, que ejeta brutalmente, em forma de ato, os afetos dolorosos para fora da consciência, antes mesmo que eles possam ser representados e simbolizados. As palavras deixam de ter a função de ligação e tornam-se estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação; o discurso mantém-se inteligível, porém totalmente esvaziado de afeto. O sintoma corporal é a materialização concreta daquilo que não pode ser simbolizado.

De fato, os estudos da psicossomática acabaram por se direcionar para o campo das relações mais precoces entre mãe e bebê, evidenciando o fracasso da função materna em conter e traduzir as angústias do pequeno ser, levando a uma insuficiência constitutiva das representações mentais³³⁸. Deste modo, é possível considerar que as somatizações estão associadas às problemáticas do eixo narcísico, tal como encontrado no caso Júlia.

O sintoma de vaginismo de Júlia aparece completamente desconectado de suas representações simbólicas, dando um caráter de concretude ao pênis de outro alguém, que vai me invadir e me causar danos. Assim, o que vem de fora é sentido como perigoso, desencadeando um rígido mecanismo defensivo para protegê-la de reconhecer todo o conflito envolvido em seu desenvolvimento.

Sob esta ótica, as interpretações da analista também representavam aquilo que vinha de fora e, portanto, também eram sentidas como ameaças disruptivas. Muitas vezes, eu sentia que nada do que era dito por mim era, de fato, assimilado por Júlia. Ela levava uma vida em preto e branco e de completa ausência de desejos. A “falta de tesão” permeava toda sua vida: no trabalho, nas amizades e nas relações amorosas. Na contratransferência, certamente era possível sentir o sono que traduzia toda a paralização da vida de Júlia, em uma postura de passividade eterna.

Fazer o analista “perder o tesão” é uma reação contratransferencial bastante comum no atendimento a mulheres com vaginismo. Em algum momento, a “falta de tesão” da paciente se instala na relação analítica, levando o analista menos atento a abandonar o interesse pelo caso.

³³⁷ MCDUGALL, Joyce. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. 3. ed. São Paulo: Editora WMF/Martins Fontes, 2013.

³³⁸ FERRAZ, Flavio Carvalho. Das neuroses atuais à psicossomática. **Percursos – Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 35-42, 1996.

Por isso, a manutenção do olhar analítico atento, interessado e vivo tende a reconstruir com a paciente as ligações libidinais fracas e apagadas de sua história.

Podemos compreender que nesses casos também há uma problemática edípica, pois Júlia experimentou todas essas questões junto à mãe. Mas o Édipo fica meio “capenga” quando um momento anterior não foi bem constituído. Se o desenvolvimento do eu e o narcisismo não foram desenvolvidos a contento, o Édipo será vivido com mais impasses e sofrimento. Muitas conquistas se deram durante a análise e Júlia passou a ter relações sexuais com penetração com um novo namorado. Tal relacionamento aconteceu após quatro anos do falecimento de sua mãe, mas sempre me pareceu um namoro morno e “sem tesão”, tal como continuou sendo todos os demais aspectos da vida de Júlia.

Como conclusão, também devo mencionar que, na prática, o eixo narcísico e objetal se cruzam e o objeto erótico, quando oferece prazer, proporciona simultaneamente uma gratificação narcísica. Minerbo³³⁹ apresenta um exemplo para isso ao pontuar que um mesmo objeto pode tanto gerar prazer quanto garantir a integridade narcísica para o sujeito. Em relação ao objeto “cigarro”, podemos ter tanto o cigarro do prazer, que é fumado após um café ou em algum momento de relaxamento, quanto o cigarro da angústia, que tem a função de fazer um *holding* ao sujeito, proporcionando um alívio para uma situação tensa. O cigarro do prazer é um objeto erótico, ao passo que o cigarro da angústia é um objeto narcísico.

Júlia tinha o último namorado muito mais como um objeto narcísico, que lhe proporcionava equilíbrio e integridade, do que como um objeto erótico, com quem pudesse desfrutar de algum desejo e prazer. Essa é uma das características das mulheres com vaginismo: antes de terem sexo com seus parceiros, elas parecem carecer de amor. Precisam viver antes o amor primário, que garante uma melhor estruturação do eu, para então só depois estarem prontas para o sexual.

6.3 Patrícia – o apagamento simbólico da vulva

Patrícia, uma moça de quase 30 anos, já havia namorado algumas vezes, mas sem conseguir ter penetração vaginal durante as relações. Tinha um bom emprego e ganhava seu próprio dinheiro, sendo feliz em sua profissão. Ainda morava com os pais e todas as vezes que pretendia ir a um encontro amoroso ou com os amigos, tinha um trabalho enorme, pois saía de casa com aparência simples e desarrumada, levando em uma bolsa toda a maquiagem para

³³⁹ MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

se arrumar no carro, bem como as roupas para se trocar quando saísse. Não queria que seus pais a vissem saindo arrumada e maquiada, já que principalmente sua mãe a criticava e a julgava por isso.

Patrícia tinha grande dificuldade de contato com sua vagina. No banho, não costumava tocá-la nem para a higienização com o sabonete, usando apenas a ducha para essa função. Após um bom tempo de análise, quando foi possível abordar sobre seu órgão genital, Patrícia me conta que sempre achou que havia algum problema com a sua vagina. Declarou: “Acho que não há um orifício nela. Por mais que o sangue da menstruação saia, eu sempre pensei, desde pequena, que minha vagina não é normal. Eu acho que ela é fechada, deformada, ela tem algum problema.”

Patrícia então relata que, quando pequena, em uma brincadeira, caiu e bateu sua vagina. Ao contar para a mãe sobre o ocorrido, esta a leva ao médico e se mostra muito preocupada. Quando a médica vai examiná-la, a mãe demonstra muito incômodo, faz uma cara muito feia e vira o rosto para não ver o órgão genital da menina. Essa demonstração de asco e repúdio de sua sexualidade ficou marcada profunda e permanentemente em seu psiquismo.

A vinheta de Patrícia servir-nos-á de exemplo para pensarmos sobre a invisibilidade da vulva, o seu não reconhecimento, principalmente por parte da mãe, que também é mulher e possui o mesmo órgão genital. É possível pensar em dois aspectos expressos nessa vinheta, os quais serão abordados nesse subcapítulo: as modalidades de identificações alcançadas, problemática fundamental na constituição psíquica na histeria; bem como o importante aspecto histórico, advindo a partir do século XVIII, de apagamento do órgão genital feminino na cultura médica e social da época, em detrimento ao falo.

No Projeto Afrodite – Ambulatório de Sexualidade Feminina, da Unifesp, no qual trabalhei por muitos anos, a triagem inicial de avaliação das mulheres com vaginismo que chegavam ao serviço era realizada tendo em vista alguns parâmetros. A triagem, sempre efetuada por equipe multidisciplinar, composta de ginecologista, psicólogo e fisioterapeuta, tinha por objetivo localizar nas mulheres qual aspecto encontrava-se mais comprometido, a fim de direcionamento do tratamento.

Casos mais graves, em que o quadro psicológico apresentava-se mais prejudicado, eram encaminhados para atendimento psicológico. Quando na triagem era detectada boa estruturação psíquica, sem grandes comprometimentos, esses casos eram encaminhados para a fisioterapia, objetivando tratar o vaginismo com exercícios para dessensibilização da musculatura pélvica. Ao ginecologista cabia realizar uma avaliação da saúde física, excluindo outras patologias que

pudessem também ocasionar o vaginismo, bem como medicar a paciente, caso houvesse necessidade. Terapêuticas hormonais e outras medicações são também muito utilizadas para a melhora dos sintomas sexuais.

Além da especificidade de cada profissional, todos poderiam realizar também a atividade chamada de “psicoeducação sexual”, que poderia acontecer individualmente, durante a consulta, ou em grupo, com demais mulheres que sofriam da mesma problemática. Na “psicoeducação”, o objetivo primordial era oferecer informações acerca da sexualidade feminina e discutir as razões culturais que faziam com que essas informações não chegassem adequadamente a todas as mulheres. Orientações sobre mudanças de hábitos e a simples conversa aberta e verdadeira sobre o assunto parecem ser fatores fundamentais para que as mulheres recebam a “permissão” de um profissional para desenvolverem sua sexualidade. Temática esta longamente trabalhada na teoria psicanalítica, dado que Freud já apontava que a transferência que a paciente realiza com sua “doutora” (seja ela médica, psicóloga ou fisioterapeuta) pode ser o veículo da cura das patologias psíquicas.

6.3.1 Um pouco mais de história: o apagamento cultural da vulva

Patrícia é oriunda de uma família muito tradicional em seus costumes. Tal aspecto nos leva a pensar na cultura familiar e no reflexo desta na criação dos filhos. Por essa razão, no presente tópico discutirei a influência cultural de uma sociedade patriarcal sobre a sexualidade feminina. Essa influência deixa suas heranças históricas na sociedade e nas famílias, que em uma cadeia de transmissão de princípios e valores, perdura até os dias atuais.

Quando sou procurada no consultório para atendimento psicológico em sexualidade, procuro realizar o diagnóstico tendo em mente os três aspectos contemplados nos casos clínicos supracitados: as *problemáticas libidinais, narcísicas e as culturais*. Algumas mulheres não apresentam dificuldades psicológicas tão importantes, mas sofrem em decorrência das influências culturais, que não lhes permitem a aproximação com o seu universo sexual. Apresentando uma vida equilibrada, Patrícia tinha prazer em trabalhar, em sair com os amigos e em namorar. Conhecia sempre rapazes que lhe despertavam interesse e, neste sentido, buscava ter contato íntimo com eles. Mas as relações sexuais com penetração nunca aconteciam, apesar das diversas tentativas.

O trabalho com Patrícia teve como ponto alto diversas atividades psicoeducativas que ajudaram a reconstruir a história de sua sexualidade e, principalmente, de sua vulva. Aqui, não usei a palavra vagina propositalmente, a fim de discutir neste tópico os parâmetros históricos

que levaram ao apagamento da vulva como o órgão sexual feminino externo, composto de vagina, clitóris, grandes lábios e pequenos lábios. Por que reduzimos a vulva a apenas a vagina, se a genitália feminina é tão maior e mais complexa? Vejamos.

O pênis é um órgão concreto, externo, possível de ser olhado e por isso lhe é oferecido um registro simbólico. Pênis, pau, pipi, passarinho, dentre tantos outros nomes oferecidos pela cultura, definem aquilo que foi batizado por ser reconhecido. Mas não há emprego simbólico para aquilo que não se vê ou que não é reconhecido socialmente, tal como a genitália feminina. A vulva, com os seus diversos órgãos que lhe pertencem, foi abolida do cenário médico e da cultura durante muitos séculos. A complexidade da vulva só foi redescoberta no século XX, em virtude de todos os movimentos sociais feministas que deram foco à mulher.

Com base no livro intitulado “A origem do mundo: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado”, de autoria de Liv Strömquist³⁴⁰, uma autora sueca, trago toda a história desse órgão tão desvalorizado durante séculos. A autora conta, de forma muito divertida e bem humorada, uma história que não é tão engraçada assim, haja vista as dificuldades sexuais femininas existentes ainda nos dias de hoje. Mas ao abordar de forma lúdica e descontraída este aspecto histórico, a autora consegue despertar a curiosidade e o interesse para o assunto, dando visibilidade àquilo que foi tão escondido durante tanto tempo.

As personagens protagonistas que figuram essa história são homens que sempre se interessaram pelo órgão sexual feminino, mas de uma forma negativa. Novamente, há a marca de uma sociedade patriarcal, que, como visto anteriormente, atribuiu à mulher uma característica histórica de natureza emocional e instável, digna de ser completamente cerceada em sua sexualidade ameaçadora. Cronologicamente, começaremos pelos homens vinculados à Igreja, que marcam uma época pregressa de muitas restrições à sexualidade feminina. A religião católica, especialmente, promove a ideia de que somente o homem poderia ter acesso ao sacerdócio, ao aprendizado do latim e aos altos postos hierárquicos da Igreja. Já às mulheres, cabiam a função de orar, a santidade e o recato.

Santo Agostinho (354-430), um teólogo cristão que viveu no século IV, acreditava que o sexo afastava as pessoas de deus. Ele entendia a “desobediência” por parte dos órgãos genitais como uma herança da desobediência de Adão e Eva a deus, quando comeram o fruto proibido, e isso seria algo herdado pelas futuras gerações por meio da relação sexual. A mulher era vista por ele como especialmente pecaminosa e suja, já que foi por culpa de Eva que Adão teria

³⁴⁰ STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado**. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018.

comido o fruto proibido. Neste sentido, “O corpo da mulher e a genitália feminina se tornaram a antítese do divino”³⁴¹.

Portanto, na Idade Média, criou-se uma teoria de que as bruxas teriam “protuberâncias de pele, verrugas ou tetas escondidas nas quais o diabo ou seus ajudantes poderiam mamar”³⁴². Em 1634, durante uma audiência do processo contra as bruxas de Lancashire, foram encontrados diversos tipos de sinais do diabo nas partes íntimas de quase todas as acusadas. Certamente, as protuberâncias de pele e as tetas escondidas na genitália feminina eram referentes ao clitóris, órgão que ainda era desconhecido, mas já lhe era atribuído todo o mal e o pecado que uma mulher representava³⁴³.

Segundo a autora, o Barão George Cuvier (1769-1832), paleontólogo e zoólogo, foi considerado o “criador do racismo científico”³⁴⁴. Conta a história que ele era obcecado por uma escrava sul-africana que foi vendida para um médico de Londres. Lá, a escrava era colocada em exposição em razão de seus atributos corporais, como a bunda grande e seus pequenos lábios graúdos. Aos 26 anos, a escrava morre e Cuvier, ao saber da notícia, vai até o local para retirar as partes corporais que lhe interessavam: a vulva e o cérebro, que foram conservados em álcool. Cuvier quis usar a vulva da escrava como prova da suposta inferioridade das pessoas negras, pois achava que pequenos lábios de tamanhos grandes eram um sinal de sexualidade animal. Sua tese era a de que nas mulheres civilizadas (as brancas), os lábios da vulva tinham diminuído com a evolução. Por isso, lábios genitais grandes constituiriam um sinal de inferioridade racial e de depravação moral. Tanto a vulva quanto o cérebro da escrava foram expostos no Musée National d’Histoire Naturelle até o ano de 1985. Após a abolição do Apartheid, Nelson Mandela aconselhou o governo francês a devolver os restos mortais da escrava à sua terra natal, o que aconteceu apenas em 2002, 187 anos depois de sua morte.

Isaac Baker Brown (1811-1873), um médico fervoroso opositor da masturbação feminina, realizava remoção cirúrgica do clitóris. A clitoridectomia radical era um método cirúrgico totalmente aceito à época, sendo que muitos médicos o realizavam pelas mais diversas razões: histeria, dor de cabeça, depressão, perda de apetite e desobediência. Mulheres que desejavam se divorciar também eram propensas à cirurgia. No entanto, em 1860, o Dr. Baker Brown foi excluído da associação médica, depois da constatação de que ele havia forçado

³⁴¹ STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo**: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018. p. 13.

³⁴² Ibidem, p. 18.

³⁴³ Ibidem, p. 18.

³⁴⁴ Ibidem, p. 23.

pacientes a fazerem a cirurgia, além de não ter lhes explicado acerca das consequências do procedimento. Além do mais, a cirurgia era realizada sem o consentimento do marido, fato que desagradou ainda mais as autoridades médicas. A clitoridectomia continuou sendo uma prática durante todo o século XIX. “Nos EUA a última extração de clitóris aconteceu em 1948, para impedir a masturbação de uma menina de cinco anos de idade”³⁴⁵.

Sabe-se que o sofrimento da mutilação genital feminina ainda é realidade para cerca de 200 milhões de meninas e mulheres no mundo. Cerca de 30 países do continente africano, alguns países asiáticos e também nações do Oriente Médio ainda executam a prática de retirar total ou parcialmente os órgãos genitais femininos externos, em uma tradição cultural que visa preparar a menina para a vida adulta e do casamento. Com o evidente objetivo de aniquilar a sexualidade e o prazer feminino, a prática de cunho machista é condenada pela Organização das Nações Unidas (ONU) já há muitos anos.

John Harvey Kellogg (1852-1943) era médico e escreveu livros de educação sexual defendendo a ideia de que a masturbação causava câncer cervical, epilepsia, loucura e debilidade física e mental. Como forma de “curar” esse vício, ele recomendava que as mulheres aplicassem ácido carbólico puro no clitóris, como forma de alívio para a excitação anormal.

John Money (1921-2006) era professor titular de psicologia médica e compreendia que bebês que nasciam com a genitália indefinida ou com órgãos masculinos e femininos aos mesmo tempo (chamados atualmente de intersexo e, antigamente, de hermafrodita) deveriam ser operados imediatamente, a fim de se encaixarem no sistema binário de gêneros. As pessoas devem ser homens ou mulheres, afirmava o professor. Por ser mais fácil criar uma genitália feminina, a maioria dos bebês eram transformados em meninas. Mesmo assim, muitas complicações cirúrgicas aconteciam nesse procedimento, como por exemplo, a perda de sensibilidade no órgão genital pelo resto da vida. Além de ser deixada a encargo do médico a escolha tão precocemente de um gênero, antes mesmo que a criança pudesse defini-lo por si mesma, Strömquist³⁴⁶ menciona que no século XIX surgiu uma enorme obsessão por categorizar cientificamente os órgãos genitais e o sexo como sendo “normais” ou “anormais”, em decorrência do aumento do exercício do biopoder disciplinar. Foucault³⁴⁷ denominou de biopoder “os conjuntos dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui

³⁴⁵ STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo**: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018. p. 10.

³⁴⁶ Ibidem.

³⁴⁷ FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 3.

suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder”.

Mencionarei agora a exumação da Rainha Cristina, em Roma, que aconteceu em 1965. Conforme descrições citadas na literatura sobre as características físicas e mentais de Cristina, que não eram tipicamente femininas, chegou-se à conclusão de sua possível intersexualidade. Os responsáveis por essa conclusão foram: um ginecologista chamado Elis Essen-Moller, que nos anos 30 escreveu uma análise de personalidade do ponto de vista médico sobre a rainha Cristina; e Sven Stolpe, jornalista que continuou a escrever sobre as características de pseudo-hermafroditismo da rainha. Assim sendo, diante da enorme curiosidade acerca dos genitais da rainha, a exumação foi concedida e no relatório final havia um capítulo intitulado “A constituição sexual da Rainha Cristina”, que não pôde comprovar qualquer intersexualidade, já que havia apenas um esqueleto de um corpo em decomposição³⁴⁸.

Um tipo de cirurgia íntima tem ganhado muito interesse das mulheres nos últimos anos: a redução dos pequenos lábios. É interessante observar que homens fazem cirurgia plástica para aumentar seu órgão genital, ao passo que as mulheres o fazem para diminuí-lo. Os procedimentos estéticos – tão atrativos para as mulheres, que, por uma exigência cultural, precisam sempre estarem belas – chegaram à região genital feminina, definindo qual seria a forma apropriada da vulva.

A genitália feminina inclui as seguintes partes:

1. A parte externa e visível: a vulva;
2. O orifício que liga a parte externa e a parte interna: a vagina;
3. As partes internas, não visíveis: o colo do útero, o útero, trompas e os ovários.

Em minha prática profissional, precisei, por diversas vezes, de materiais didáticos que mostrassem a parte externa da vulva, já que a parte interna é a mais conhecida como assunto das aulas de biologia, desde a infância. Algumas empresas elaboram materiais educativos com essa temática, mas até pouco tempo atrás, nenhuma oferecia algo relativo aos órgãos externos femininos. Tal como se a parte externa do órgão sexual feminino fosse restrita apenas a uma vagina, as demais estruturas eram pouco mencionadas e mostradas, obedecendo a uma lei da cultura que nega a anatomia da vulva, atribuindo-lhe um caráter misterioso, invisível e, portanto, sem valor. A parte externa, chamada de vulva, é composta pelo monte de Vênus, capuz

³⁴⁸ STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo**: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018.

do clitóris, glânde do clitóris, grandes lábios, pequenos lábios, vagina e períneo. Logo, muito maior e mais complexa do que aquilo que entendemos por vagina.

A vagina é o órgão responsável pela reprodução, já que é o canal que conduz os espermatozoides para dentro do útero, no qual se dá a fecundação. E parece ser esse o único papel da vagina, em que a nobre e importante capacidade de procriar, exclusiva das mulheres, é novamente sobreposta à função de prazer. A penetração vaginal também oferece prazer sexual à mulher e ultrapassa a sua função reprodutiva. Já a parte externa da vulva, na qual se encontra o clitóris, é totalmente negada e não representada em livros e ilustrações sobre o tema. Parece, de fato, que a nossa cultura não possui interesse em permitir que as mulheres tenham prazer sexual.

O nome vulva, que se refere às partes externas da genitália feminina, não é usado na linguagem cotidiana. Em vez disso, as pessoas usam incorretamente a palavra “vagina” quando querem, na verdade, citar a vulva. Não seria difícil chegar à conclusão de que a falta de referência aos órgãos sexuais externos da mulher – inclusive ao disparador do prazer, o clitóris – é, dentre outros aspectos já tratados anteriormente, facilitador para as dificuldades sexuais nas mulheres. Um menina que não vê em lugar nenhum seus órgãos retratados poderá achar muito estranho o seu corpo ao visualizar sua vulva no espelho.

A ideia de que o sexo da mulher é representado apenas por um buraco, que precisa ser completado por um pênis, foi sustentada por muitos autores e cientistas durante muitos séculos. Sendo oca por dentro, a mulher precisaria de algo que pudesse preencher o lugar vazio, no qual deveria haver um órgão genital. Como já dito anteriormente, desde Aristóteles, a vagina é entendida como o negativo do pênis, em um corpo que durante o desenvolvimento embrionário, por deficiência, não teria havido calor suficiente para completar o desenvolvimento de seu genital.

No entanto, existiram no passado longínquo diversas culturas que, em relação ao órgão sexual feminino, demonstraram um olhar muito diferenciado do que temos atualmente. Vejamos.

Na antiguidade, o mito de Deméter contava a seguinte história:

Deméter era a deusa grega da fertilidade e da colheita. Ela tinha uma filha chamada Perséfone, que foi raptada e levada ao reino da morte, no submundo. Fora de si de desespero pela falta da filha, Deméter vagueia pela terra sem vontade de comer ou beber. À medida que seu corpo enfraquece, todas as plantas e vegetais morrem à sua volta. Com a fome batendo à porta, o povo pede ajuda dos deuses. Então entra em cena uma personagem interessante: Iambe, também conhecida por Baubo. Baubo recebe Deméter como sua convidada e por meio de “travessuras hilárias” consegue fazer a deusa da colheita voltar a comer e beber. Na verdade, Baubo levantou suas

vestes e mostrou suas partes íntimas à deusa. Deméter riu, e até seu coração começou a rir!³⁴⁹

O significado simbólico de uma mulher mostrar sua vulva a outra aparece como um gesto que inspirava força. A exposição ritual da vulva era um componente recorrente nas celebrações em homenagem a Deméter, assim como em outros cultos religiosos com maioria feminina entre seus adeptos. Aristófanes, filósofo grego da antiguidade, descreve como as mulheres da cidade de Elêusis iam ao templo de Deméter, onde exibiam suas vulvas, festejavam, cantavam músicas e comiam um doce de gergelim e mel em forma de vulva.

Também existem relatos do século V a.C. sobre as festividades em homenagem a Bastet, a deusa gata egípcia, nas quais as mulheres chamavam a população feminina da cidade por meio de gritos altos e faziam danças exibindo suas vulvas. Já no século XIX, as fábulas europeias apresentam mulheres que exibem seu sexo ao diabo e assim o vencem, como aparece representado em uma gravura de Charles Eisen³⁵⁰.

Até a Idade Média, estátuas de mulheres nuas de pernas abertas eram colocadas como guardiãs dos portões da cidade, em mosteiros, igrejas ou na porta de casas comuns. Associadas ao patrimônio cultural celta, essas figuras são chamadas de sheela-na-gigs e são mais comuns na Irlanda e na Inglaterra. As estátuas de sheela-na-gigs são, muitas vezes, desgastadas na região da vulva por terem sido tocadas muitas vezes, o que indica que as pessoas podiam tocá-las para conseguir algum tipo de pedido.

Figuras com vulvas expostas são encontradas no mundo inteiro. As “dilukai” da Micronésia são esculturas de madeira, de pernas abertas, que exibem uma grande vulva triangular como símbolo de proteção contra maus espíritos. Um outro exemplo é o ritual muito difundido na Índia, o culto à yoni (vulva), que é louvada como um lugar sagrado, uma passagem para as forças sutis, o portão para os mistérios cósmicos. As esculturas na Índia apresentam a deusa deitada de pernas abertas, de modo que sua yoni possa ser venerada, ou em posição ereta, de pernas abertas, deixando seus devotos debaixo delas³⁵¹.

Na época antiga, a vulva fazia parte do sagrado, do espiritual, do existencial, ou seja, não era considerada o negativo de tudo isso, como seria definido posteriormente. A exposição da vulva é de longa data em nossa cultura. As imagens e objetos mais antigos encontrados no

³⁴⁹ STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo**: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018. p. 45.

³⁵⁰ Ibidem.

³⁵¹ Ibidem.

mundo estão cheios de representações de vulvas. O livro de Strömquist³⁵² é repleto de figuras e fotos que retratam todos os assuntos aqui citados. A obra, com uma vasta pesquisa histórica, é imperdível para aqueles profissionais que trabalham com mulheres e sexualidade.

Vivemos um momento histórico em que tentamos dar maior visibilidade à sexualidade feminina, ao seu sexo e à forma de ser e de estar no mundo feminino. A artista plástica e atriz Carol Casting produz peças em cerâmica em formato de vulva para acomodar suculentas ou cactos variados. Já Juliana Notari é a artista plástica responsável pela obra “Diva”, uma gigantesca vulva instalada em uma encosta de montanha, na cidade de Água Preta, Pernambuco. A ilustradora, tatuadora e grafiteira Thalya Palhares também celebra a vulva e o útero em diferentes formas, tamanhos e cores em suas tatuagens ou ilustrações³⁵³.

Laura Dodsworth, uma fotógrafa inglesa, trabalhou em 2019 em um projeto no qual fotografou 100 vulvas de mulheres de todas as raças e classes sociais, bem como escutou suas histórias sobre como suas vulvas moldaram suas vidas. O projeto lhe rendeu um livro e também um documentário em que as mulheres contam histórias íntimas, chocantes, comoventes, poderosas e engraçadas. Com o intuito de dar mais visibilidade ao sexo feminino, Laura foi muito elogiada em seu trabalho, que foi divulgado por todo o mundo.

É interessante mencionar também nesse tópico o quadro pintado pelo francês Gustave Courbet em 1866, muito antes dos movimentos revolucionários da época atual contemporânea. A tela intitulada “A origem do mundo”, que retrata da maneira mais natural possível os órgãos genitais femininos, foi pintada a pedido de Khalil Bey, diplomata turco-egípcio e colecionador de quadro eróticos. Vê-se um torso de mulher, os seios, o ventre, as pernas ligeiramente afastadas e a farta cobertura da vagina com pelos pubianos. O quadro passou por muitas mãos até chegar em Lacan, que o comprou e o mantinha exposto em sua sala, mesmo nunca tendo citado a obra em seus trabalhos. Após a morte do psicanalista, o quadro foi cedido para o Museu d’Orsay, em Paris³⁵⁴.

A trajetória do quadro, que chegou até mesmo a ser considerado pornográfico, teve a sua consagração no Museu d’Orsay, o que mostra que o valor de uma obra está inevitavelmente

³⁵² STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo**: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018.

³⁵³ BARDELLA, Ana. Carol Kasting cria vulvas de cerâmica; veja mais obras que retratam o órgão. Mulheres inspiradoras. **Universa UOL**. 11 out. 2021. Disponível em: www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/10/11/carol-kasting-cria-vulvas-de-ceramica-veja-mais-obras-sobre-corpo-feminino.htm. Acesso em: 23 jul. 2023.

³⁵⁴ TELLES, Sergio. Psicanálise em debate. A origem do mundo. **Psychiatry on line Brasil**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em: www.polbr.med.br/ano13/psi0313.php. Acesso em: 31 jul. 2023.

atrelada aos valores culturais de uma época. Telles³⁵⁵ menciona que um crítico de arte vitoriano chamado John Ruskin jamais superou o choque ocorrido na noite de núpcias ao se deparar com os fartos pelos pubianos de sua esposa, tão distantes daquela lisa forma da vulva que observava na estátuas clássicas de sua época. Tal situação trouxe consequências desastrosas ao casamento, que jamais foi consumado fisicamente.

A arte oferece uma contribuição valiosa para a cultura, na medida em que simboliza, representa e põe em circulação conteúdos excluídos de uma época anterior, tornando possível pensar e refletir sobre eles. Acerca da diferença sexual, Francesca Orlan, uma artista francesa, criou em 1989 a sua versão da obra de Courbet, mostrando agora um torso masculino com o falo em ereção, intitulado-a como “A origem da guerra”. Ao atribuir às mulheres o poder criativo e, ao homem, a carga destrutiva, a autora demonstra o seu descontentamento com a sociedade machista e patriarcal existente até os dias atuais³⁵⁶.

O mundo simbólico é constituído a partir da forma, da imagem, da visão e de olhar algo real que poderá ser representado. A restituição do lugar simbólico da vulva na modernidade tem sido realizada por meio das artes e da cultura. De forma semelhante, é esse o trabalho analítico necessário a uma parte das mulheres que apresentam dificuldades sexuais, principalmente o vaginismo. Um reencontro com sua vulva e o reconhecimento psíquico e simbólico dessa parte do corpo configuram partes fundamentais para o atendimento a essas mulheres.

Durante a análise de Patrícia, houve um momento em que iniciamos algumas conversas com um caráter mais psicoeducativo. Em que instante da análise isso foi possível? Após estabelecida uma relação de confiança com a terapeuta, mas isso demorou algum tempo para acontecer. Líamos juntas uma revista educativa que continha uma série fotografias de vulvas. Não eram ilustrações ou desenhos de vulva, nem imagens pornográficas. Eram somente fotos realísticas de vulvas, em seus vários formatos, tamanhos e cores. No início, Patrícia virava a cara e não conseguia olhar para as imagens, demonstrando uma reação fóbica. Sua expressão era de nojo e também de medo daquilo que encontraria. Temia ver uma vulva defeituosa e problemática, sem orifício, tal como imaginava ser a sua própria vulva.

Na mesma época, também encaminhei Patrícia para uma colega ginecologista, especialista em sexualidade feminina, que executou o cuidadoso trabalho de ajudar a paciente a visualizar a sua vulva. Deitada na maca ginecológica, experimentando um pouco do que é ser

³⁵⁵ TELLES, Sergio. Psicanálise em debate. A origem do mundo. **Psychiatry on line Brasil**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em: www.polbr.med.br/ano13/psi0313.php. Acesso em: 31 jul. 2023.

³⁵⁶ Ibidem.

mulher, foi sendo levada pacientemente pela ginecologista a visualizar a própria genitália em um espelho. Várias consultas foram feitas até que Patrícia pudesse olhar mais tranquilamente para sua região íntima e começasse a reconhecer todas as estruturas que a compõem. Ao mesmo tempo, nas sessões comigo, conversávamos sobre suas emoções durante esse processo e sobre as lembranças para as quais essa experiência a remetia. Eram duas mulheres ensinando-a a ser mulher e compartilhando de vivências profundamente íntimas de sua história.

Estaríamos eu e a colega ginecologista nos apresentando para a paciente como figuras femininas possíveis de identificação? Com a figura de uma mãe completamente dessexualizada, nós poderíamos lhe oferecer outra saída frente à feminilidade?

6.3.2 As identificações históricas

A filha constitui sua feminilidade a partir da forma como sua mãe se percebe como mulher. Ela observará a mãe cuidadosamente: perceberá a expressão de seu rosto, a postura de seu corpo, a forma como a mãe se veste e como esta procura se fazer objeto de desejo de outro alguém. “Será que minha mãe quer tornar-se objeto de desejo de alguém?”. Somente a mãe que tiver encontrado seu lugar como mulher estará em condições de, além de amar a filha, abrir-lhe caminho para a criação de uma identidade feminina para si própria. É como e com a mãe que a menina constitui subjetivamente sua feminilidade e, para que isso ocorra, é necessária a existência de intimidade na relação dessa dupla.

Abordaremos neste tópico o processo das identificações, que para as mulheres pesquisadas aparece como um impasse no desenvolvimento da sua sexualidade madura e genital. Quando abordamos a histeria, deparamo-nos com uma genitalidade postergada, ou evitada, que resulta em todas as dificuldades sexuais. O fracasso no abandono do complexo de Édipo e a fixação na fase fálica levam a uma impossibilidade de assumir a genitalidade por um posicionamento identificatório problemático.

Segundo Laplanche e Pontalis³⁵⁷, o conceito de identificação se refere ao “processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade se constitui e se diferencia por uma série de identificações”. O conceito de identificação foi central na obra freudiana e se refere à operação pela qual os sujeitos se constituem.

³⁵⁷ LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulário de psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 295.

Desde o início de sua obra, Freud observa nos sintomas histéricos o caráter de contágio mental já conhecido de longa data em certas epidemias que se desenvolvem quando um elemento inconsciente comum a uma pessoa causa uma identificação em muitas outras. Ele menciona que:

A identificação é um fator altamente importante no mecanismo dos sintomas histéricos. Ela permite aos pacientes expressarem em seus sintomas não somente suas próprias experiências como também as de um grande número de outras pessoas; ela lhe permite, por assim dizer, sofrer em nome de toda uma multidão de pessoas e desempenhar todos os papéis isoladamente numa peça.³⁵⁸

No artigo intitulado “Psicologia das massas e análise do eu”, Freud³⁵⁹ aborda o conceito de identificação histérica como uma identificação que ocorre por meio de um traço comum com uma pessoa que não é objeto libidinal e que também participa da formação neurótica dos sintomas. Isso significa que a identificação se baseia em querer se colocar na mesma posição que a pessoa modelo, com quem não necessariamente há uma ligação afetiva. Ele relata o exemplo das moças de um pensionato:

Se, por exemplo, uma das garotas de um pensionato recebe a carta de alguém que ama secretamente, uma carta que lhe desperta ciúme, e à qual ela reage com um ataque histérico, algumas de suas amigas que souberem do que se trata pegarão esse ataque, como dizemos, por via da infecção psíquica. O mecanismo é aquele da identificação baseada em querer ou poder colocar-se na mesma situação.³⁶⁰

Dessa forma, é possível demonstrar que a identificação não é uma simples imitação, mas inclui a apropriação de um aspecto comum que se localiza no inconsciente. Afirma ele que “[...] a identificação não constitui uma simples imitação, mas uma assimilação à base de uma etiologia semelhante; expressa uma semelhança, e se origina do elemento comum que permanece no inconsciente”³⁶¹.

Nos textos freudianos podemos encontrar alguns modelos de identificação. A *identificação primária* acontece na criança bem pequena, ainda na pré-história do complexo de Édipo, antes mesmo de haver os investimentos libidinais nos objetos. Sendo uma identificação imediata, ela é reconhecida como a forma mais precoce de ligação afetiva com outra pessoa. A identificação primária refere-se à incorporação, que é o modelo corporal da introjeção, ligada à pulsão oral e canibalesca, pressupondo a aniquilação do objeto. A identificação é ambivalente

³⁵⁸ FREUD, Sigmund. (1900). A interpretação dos sonhos. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 159.

³⁵⁹ FREUD, Sigmund. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 43-90.

³⁶⁰ Ibidem.

³⁶¹ FREUD, *op. cit.*, 1900/1976. p. 160.

desde o início da vida psíquica, podendo manifestar amor ou desejo de eliminar o objeto, sendo este último o caso da identificação primária. Enquanto a introjeção permitirá ao sujeito restringir a sua dependência em relação ao objeto, a incorporação do objeto, pelo contrário, cria e reforça a ligação objetal imaginária. Na identificação primária ocorre um fracasso na introjeção da função de “para-excitação materna”, responsável por regular as pulsões do bebê e por libidinizar seu corpo, provocando a necessidade de o sujeito incorporar o objeto, já que o objeto não se constituiu de maneira eficaz. É uma identificação da ordem do “ser”, constituindo as bases primárias – e, portanto, mais duradouras – sobre as quais poderão se desenrolar as demais identificações posteriores³⁶².

Já as identificações narcisistas e edípicas são secundárias e posteriores, resultando da perda de um objeto investido libidinalmente, o que as difere da identificação primária. Nas *identificações narcisistas*, a perda do objeto com o qual se tem uma relação ambivalente de amor e agressividade dá lugar a uma regressão à fase oral e cabalística, resultando em dois movimentos, a saber: uma parte sádica fica identificada com o objeto idealizado (amor); e a outra é torturada e perseguida a partir de sua identificação (agressiva) com o objeto perdido. O exemplo disso é quando Freud³⁶³, em “Luto e Melancolia”, menciona que “a sombra do objeto recai sobre o eu”, significando que o objeto perdido reconstitui-se no eu, modificando-o de acordo com o objeto.

Em seu artigo intitulado “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud³⁶⁴ explica que os investimentos libidinais podem ser direcionados ao próprio ego ou aos objetos. Quando é investida no ego, diz-se libido do ego ou libido narcísica, quando é investida nos objetos, é chamada de libido objetal. No início da infância, todo investimento libidinal é feito no corpo do próprio bebê, havendo a possibilidade de satisfação em si mesmo. Essa etapa, chamada de “narcisismo primário”, é alimentada pelo narcisismo dos pais, que depositam na criança todos os seus sonhos e desejos de realizações. No entanto, esse estado de completude será interrompido pois, aos poucos, a criança dar-se-á conta de que não é tudo na vida de sua mãe. Essa ferida infligida ao narcisismo primário da criança é aquilo que lhe garante ascender ao estatuto de sujeito. A partir daí, a criança entra no narcisismo secundário, em que, por meio dos

³⁶² CARDOSO, Jaqueline Pinto. **Anorexia e identificação**: um modelo epidemiológico em psicanálise. 2016. 217 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

³⁶³ FREUD, Sigmund. (1917). Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 140-153. p. 146.

³⁶⁴ FREUD, Sigmund. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 44-64.

processos identificatórios, retira a libido dos objetos e se identifica com eles (torna-se parecido com eles). No entanto, uma parte da libido volta-se para o próprio ego. Surge então o ideal de ego como substituição ao narcisismo infantil, criando um ideal para si mesmo que precisa ser alcançado a todo custo e que lhe garantirá a possibilidade de ser amado pelos outros. O ideal de ego será assimilado pelo superego, executando as funções de julgamento, auto-observação, censura, que aumentam as exigências do ego e favorecem o recalque. O ideal de ego pode atrapalhar as relações objetais, pois poderá considerar muitos objetos como incompatíveis com o ideal esperado.

Nas *identificações narcísicas*, portanto, os objetos são incorporados ao ego, não havendo uma oposição entre o ego e o objeto de amor, pois amar o outro equivale a integrar o outro em seu próprio ego. O melancólico está fixado em relações de objeto de tipo narcísico. Isso significa que em seu desenvolvimento não chegou a estabelecer de forma eficaz as relações de objetos e, por isso, estabelece uma relação que é de natureza identificatória com o objeto que se torna, por regressão, uma forma de lidar com a angústia da perda do objeto. Ao invés de o sujeito identificar-se parcialmente com o objeto perdido, ou seja, com traços dele, ele se torna o próprio objeto em sua radicalidade. Recordo-me de um paciente que, ao perder o pai, ficou muito deprimido e passou a usar as roupas e o chapéu do pai e a falar como ele, em uma demonstração clara de identificação narcísica com o objeto perdido³⁶⁵.

As *identificações edípicas* são secundárias, assim como as narcisistas, e se iniciam com a triangulação edípica, em que já há diferença entre o objeto amoroso e o objeto de identificação. Essas identificações não são maciças, e sim relacionadas a um traço parcial do objeto, predominando os mecanismos introjetivos e não incorporativos. Na situação edípica, a criança abandona o objeto por ele ser proibido, ocorrendo então a identificação com aquela figura que é a detentora do poder de conquistar o que deseja – a mãe. A menina passa a direcionar seu olhar para a mãe, percebendo-a como alguém que é possuidora daquilo que desperta o desejo no pai. Segundo Freud³⁶⁶, em “O ego e o id”, o Édipo positivo seria aquele em que a menina deseja o pai como objeto de amor e se identifica com a mãe, tornando-se parecida com ela. Mas existe também o Édipo negativo, em que a menina deseja a mãe como objeto de amor e se identifica com o pai. Freud afirma, portanto, que o resultado da passagem pela fase sexual do complexo de Édipo sedimenta o eu, sendo que a presença destas duas

³⁶⁵ STENNER, Andréia da Silva. A identificação e a constituição do sujeito. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 54-59, 2004.

³⁶⁶ FREUD, Sigmund. (1923). O ego e o id. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 03-41.

identificações permanece entrelaçada, ainda quando prevalece no menino a identificação masculina e, na menina, a feminina.

Nas *identificações edípicas* ocorre a introjeção da proibição do incesto, da interdição, dos limites que dão origem ao superego e ao ideal de ego. Com o abandono dos desejos edípicos e a lei introjetada, a criança ganha o mundo social. É capaz de brincar, de se socializar e de respeitar o colega.

Freud descreve pela primeira vez a *identificação histérica* a partir do Caso da Bela Açougueira, que relata em sessão o seguinte sonho:

Queria dar uma reunião onde fosse servida uma ceia, mas não tinha mais nada em casa senão um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas lembrei que era domingo de tarde e que todas as casas comerciais estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava defeituoso. Assim, tive que abandonar meu desejo de dar uma recepção.³⁶⁷

Por meio desse caso, Freud se depara com um importante aspecto que compõe a histeria: o desejo insatisfeito da histérica. Nas associações que se seguiram, a paciente conta sobre seu marido açougueiro, que estava muito gordo e que não iria mais a jantares caso fosse convidado. Ela pediu então ao marido que não lhe trouxesse mais caviar, apesar de adorar a iguaria. Disse que no dia anterior ao sonho encontrou-se com uma amiga de quem tinha muito ciúmes, porque seu marido (da paciente) costumava elogiá-la. A preferência dele era por mulheres mais fartas, o que não era o caso de sua amiga, que era muito magra e tinha demonstrado interesse em engordar, perguntando quando seria convidada para um jantar em sua casa. Freud então diz a sua paciente: “Você deve ter pensado: Pois sim! Vou convidá-la para comer em minha casa só para que você possa engordar e atrair meu marido ainda mais! Prefiro nunca mais oferecer um jantar”³⁶⁸. Assim sendo, o sonho expressa o desejo de não realizar o desejo da amiga.

Freud³⁶⁹, por meio da paciente, descobre que a amiga adorava salmão defumado, da mesma forma que a paciente gostava de caviar. Portanto, ambas têm o seu desejo insatisfeito, preferindo mantê-lo vivo ao invés de satisfazê-lo. Nesse ponto, Freud percebe que a paciente, por meio do mecanismo de condensação, sonhou “identificada com a amiga”, já que também possuía uma necessidade de manter seu desejo insatisfeito. Como demonstram Alonso e Fuks³⁷⁰, é interessante fazer uma relação com a demanda alimentar que não pode ser satisfeita no caso das anoréxicas de hoje em dia: “diante de uma mãe que ‘entucha’ comida ou ‘embucha’

³⁶⁷ FREUD, Sigmund. (1900). A interpretação dos sonhos. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 107.

³⁶⁸ Ibidem, p. 108.

³⁶⁹ Ibidem.

³⁷⁰ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 206.

demanda, a única forma de abrir brecha para desejar é recusando o alimento”. Abre-se aqui a grande marca da histeria: correr eternamente atrás do seu desejo, mas tê-lo sempre insatisfeito. Vejo que há uma clara aproximação desse aspecto com o vaginismo, já que, neste caso, a mulher se furta à satisfação de estar ligada íntima e sexualmente a outra pessoa.

O sujeito histérico existe na insatisfação de seus desejos. Para não se dar conta de sua frágil identificação narcísica, o histérico sempre afirmará que não tem o que deseja. O horror de não ser nada e de se deparar com a sua falta está no cerne do sofrimento histérico. Viver a sexualidade feminina significa ultrapassar a fronteira da falicidade, destituindo-se do registro do ter, aspecto tão difícil de ser vivenciado no vaginismo. O parceiro é aquele que porta o falo, que representa a ilusão da completude e do controle, deixando escancarada a imagem da falta feminina que algumas mulheres vivenciam. Observo que para algumas mulheres com vaginismo, essa vivência pode refletir a percepção da imagem frágil do órgão genital feminino. Mas não para todas, visto que a identificação precária com a figura feminina materna também está na base desta disfunção sexual.

A histérica anda atrás do enigma do desejo entre homens e mulheres. “Ela se põe no lugar da amiga no sonho porque esta última ocupa o seu lugar no desejo do marido, e porque quer apropriar-se do lugar que a amiga ocupa na estima do seu marido”³⁷¹. As múltiplas identificações da histérica se dão como consequência do trabalho de condensação, que permite que ela ocupe diferentes lugares e personagens da trama edípica. Há uma carência de núcleo, de aporte na histeria, que a permite se deslocar para se identificar tanto com a mulher, que deseja descobrir seu enigma feminino, quanto com o homem, a fim de tentar buscar com ele a mulher no seu mistério. Eis a bissexualidade da histérica, que é propensa a uma dupla identificação, com veremos a seguir.

Alonso e Fuks³⁷² mencionam que o histérico não consegue assumir a genitalidade em razão de um fracasso no nível das identificações edípicas que o deixam na metade do caminho, carregando a interrogação: “Sou homem ou mulher?”. Cabe lembrar aqui como se dá a passagem pelo Édipo na fase fálica, em um modelo didático. A menina ama seu pai e deseja fazer par com ele. Mas ao perceber que o pai já tem uma namorada, que é sua mãe, a menina abandona os desejos edípicos pelo pai e se torna parecida (identificada) com a mãe, já que foi esta quem conquistou o seu pai! O que acontece na histeria é que a menina não aceita não ter aquilo que deseja. Isto é, não aceita a sua incompletude, a sua falta, na perda narcísica de não

³⁷¹ FREUD, Sigmund. (1900). A interpretação dos sonhos. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 160.

³⁷² ALONSO, Sílvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 191.

estar no centro do desejo do outro. Portanto, a continuação do processo, que é a identificação com a figura feminina da mãe, não ocorre de modo satisfatório.

Tal como demonstram os casos clínicos, a histérica é possivelmente filha de uma mãe também histérica, que não conseguiu dar valor a sua própria feminilidade, transmitindo também à filha uma percepção de menos valia de seu corpo. Ao chegar no momento da fase fálica e da percepção das diferenças genitais, isso será vivido com maior sofrimento pela menina, que não teve seu corpo devidamente libidinizado por essa ligação primária com a mãe. A sensação de perda narcísica será maior para aquelas que tiveram mães com dificuldades se apropriar de sua própria sexualidade. Por outro lado, a histérica é filha de um pai distante e assustado com a possibilidade de reconhecimento da sexualidade da menina, não abrindo o espaço lúdico da fantasia em que a filha poderia ir modelando a figura feminina que seria no futuro.

A mãe histérica é aquela inconformada com sua incompletude, que faz da filha a solução para sua falta. Essa demanda materna é prontamente atendida pela filha que se coloca de corpo inteiro na posição de falo (simbólico), a fim de ser apreciada por outro que a admire. Dessa forma, a histérica mantém a ilusão de ser portadora de um valor fálico, de não ser castrada, simbolicamente.

Nas relações amorosas, o triângulo edípico e a posição de exclusão são constantemente revividos. É preciso escolher homens casados ou comprometidos, aqueles que são “impossíveis” ou “proibidos”. Homens como substitutos da figura paterna, tais como o chefe, o professor ou outras figuras de autoridade, apresentam uma escolha amorosa que remete ao triângulo edípico e que a histérica não consegue abandonar. Contudo, sem abandonar as figuras amadas da infância, não há desenvolvimento para a sexualidade genital.

Sobre tal aspecto, Alonso e Fuks pontuam algo muito semelhante ao que se vê na clínica do vaginismo:

São frequentes na clínica, as situações em que as histéricas se detêm nas preliminares do encontro sexual, adentrando na noite com conversas nas quais a sedução está presente, o erotismo se põe em jogo e fiska o desejo, mas o autoerotismo prevalece, postergando, às vezes indefinidamente, o momento da relação sexual [...]. Não são poucas as vezes que escutamos uma mulher reclamar durante anos insistentemente porque o seu amado não desfaz o seu casamento anterior, mas é suficiente que ele o desfça para que deixe de ser um homem interessante.³⁷³

Em muitos casos de vaginismo, encontro mulheres que se mostram dispostas e “desejosas” do contato sexual, que praticam todas as carícias preliminares, incluindo o sexo anal, e que podem ter orgasmo. No entanto, diante da menor demonstração da intenção

³⁷³ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 190.

masculina de uma penetração vaginal, elas recuam e não permitem que isso ocorra, demonstrando que as pulsões parciais de um autoerotismo masturbatório ainda predominam. Parece haver a necessidade de deixar a relação incompleta, pela metade, fazendo também o parceiro se sentir incompleto. Além disso, há uma condição de prazer em poder negar ao outro a satisfação de desejo, deixando o parceiro, literalmente, “chupando o dedo”, em sua sexualidade solitária.

Na bissexualidade descrita por Freud, a dificuldade nos processos identificatórios se apresenta como típica na histeria. De um lado, a histérica busca ser desejada, sendo objeto de amor do outro. Ser uma boa filha, uma boa aluna ou uma boa paciente para o analista são formas de se sentir amada e com mais valor; mas, por outro lado, ao mesmo tempo, escolher homens acompanhados de uma outra mulher serve como um espelho para encontrar nela (nessa outra mulher) o que é ser mulher.

Freud³⁷⁴ reconheceu a existência das identificações a partir da clínica da histeria, ao afirmar que na base de todo sintoma histérico existe a identificação inconsciente que se origina em um desejo. A análise dos sintomas histéricos vai mostrando aspectos múltiplos e contraditórios nas identificações histéricas.

Em meus atendimentos clínicos, tenho diversos exemplos de mulheres com vaginismo que são heterossexuais, mas que demonstram estar o tempo todo com o seu olhar voltado para outras mulheres, oferecendo a perspectiva de um desejo também homossexual. Recordo-me de uma paciente que, ao sair com o namorado para as festas, ficava o tempo inteiro angustiada e prestando atenção nas mulheres sensuais (que eram muito diferentes dela) que poderiam estar chamando a atenção dele. Dando a impressão de uma homossexualidade recalcada, ela procurava identificar nessas mulheres a feminilidade que desperta o desejo dos outros, algo do qual ela era desprovida. O triângulo acontecia entre ela, o namorado e as outras mulheres sensuais, estando ela sempre no lugar da personagem excluída e sem valor.

Uma outra paciente me contou que quando era adolescente, descobriu as revistas de mulheres nuas de seu pai e começou a se masturbar com elas. A partir daí, passou a ter diversas fantasias sexuais com mulheres e rezava todas as noites pedindo a deus que não fosse lésbica. Sendo atualmente uma mulher casada com um homem, mas desprovida de erotismo e com pouca libido sexual, a paciente claramente demonstrava tentar descobrir o mistério da feminilidade sob a ótica masculina de seu pai, por meio da identificação com aquelas mulheres da revista.

³⁷⁴ FREUD, Sigmund. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 43-90.

Tentar se colocar no lugar do objeto de desejo masculino, por meio da identificação com outras mulheres, também fazia com que uma outra paciente, no momento da masturbação, fantasiasse constantemente com outras mulheres. Isso a desestruturava e a deixava com pavor de descobrir que, no fundo, era homossexual. Na verdade, ela havia acabado de romper um namoro, o que a deixou profundamente decepcionada, abandonada e sentindo-se “trocada por outra mulher”. Portanto, os desejos homossexuais diziam muito mais sobre uma reparação narcísica necessária e sobre uma tentativa de descobrir o que brilhava os olhos do homem que a abandonou.

É possível perceber algo comum em todos os casos: quando a mulher é privada da referência feminina necessária, ela acaba por não encontrar a mediação suficiente para se colocar como objeto do desejo masculino. Além disso, o resultado, para todas elas, é a impossibilidade de viver o prazer, ou vivê-lo com profunda culpa.

No famoso caso de Elisabeth von R., publicado por Breuer e Freud³⁷⁵ em “Estudos sobre a histeria”, o triângulo amoroso é entendido como sendo composto por Elisabeth, sua irmã e o cunhado. No entanto, Alonso e Fuks³⁷⁶ compreendem que o que se passava com Elisabeth era de outra ordem: sua irmã seria para ela a possuidora da feminilidade e, ao se identificar com ela, Elisabeth procurava colocar-se no lugar de objeto do desejo masculino.

Foram várias as vezes que identifiquei traços de uma dupla identificação de heterossexualidade/homossexualidade nas mulheres com vaginismo que atendi. Com uma escolha consciente heterossexual, as mulheres namoram e se casam com homens, mas mantêm com eles uma relação ambivalente de não subordinação, de necessidade de comando e de controle, acima de tudo. Falicamente, precisam estar sempre por cima, nem que seja para lhes negar a relação sexual. Além disso, uma rivalidade marcante em relação à figura masculina, que acompanha um olhar depreciativo para os homens, aparece com frequência nas mulheres com vaginismo. Esta é a ambivalência das identificações históricas, que Freud descreve como sendo motivada pela bissexualidade dessas mulheres.

De fato, na clínica do vaginismo, costuma-se encontrar dois perfis de mulheres: aquelas com a aparência mais frágil e pouco femininas; mas também, eventualmente, aquelas que são altas executivas e a todos controlam com o seu poder fálico. Mas ambas apresentam preocupação em esconder a falta e a falha frente à imperfeição (ferida narcísica) ou à incompletude. Enquanto procuram incansavelmente por aquilo que representa o ideal de perfeição – seja no corpo, no trabalho ou nas relações amorosas –, a histérica se mantém na

³⁷⁵ BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

³⁷⁶ ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

insatisfação constante. Ao invés de lutar por seus desejos, apenas os visualiza à distância, mantendo-os em um lugar longe de ser alcançado. Por isso, há a necessidade de acreditar que existe alguém ou algo que possui um brilho fálico, a completude, o todo, pelo qual buscará incessantemente, mas que nunca alcançará.

A constante insatisfação na histeria está no fato de que, se realizo meu desejo, vou perdê-lo. Então, sob a lógica histórica, a melhor maneira de não perder o desejo é nunca satisfazê-lo. A manutenção da tensão e a permanência do desejo se estendem para a busca de algo sempre inatingível, que lhe dá a impressão de ter que estar sempre em movimento, procurando encontrar algo melhor.

A identificação histórica pode se constituir com mulheres-modelo percebidas como “não tendo algo”, mas que se dedicam a reivindicar este algo faltante, a qual Joel Dor³⁷⁷ chamou de identificação militante. Por isso, é possível observar os crescentes e contagiantes movimentos militantes, tão comuns na atualidade, que apesar de discutirem importantes pautas, são “consumidos” de um modo pouco reflexivo, muito mais por seu apelo de voltar a *ter* aquilo que nos foi tirado. Essas identificações deixam clara a alienação subjetiva do histórico em sua relação com o desejo do outro. Assim, para agradar e tentar preencher o que a histórica imagina ser o prazer do outro, ela será capaz de sacrificar a si mesma para estar na posição fálica de despertar o desejo do outro. Na falta do *ter*, a histórica privilegiará a identificação com o *ser*.

Dor³⁷⁸ chama a atenção para a característica de sugestibilidade na histeria. Primeiramente, é preciso que a histórica eleja alguém como seu *senhor* e que este seja colocado em um lugar privilegiado. Esse *senhor* é instituído como tal, pois é suposto saber aquilo que a histórica se esforça para conhecer sobre a questão de seu desejo. Por outro lado, é necessário que a histórica reconheça em si as características que o outro espera, para que possa se imaginar oferecendo-lhe isso. Sujeitos históricos apresentam a disposição em fazer abstração de todas as suas manifestações pessoais, com a finalidade de reforçar as de seu parceiro. Colocar-se a serviço do outro tem um caráter sacrificial que é típico da histeria.

A histeria nos apresenta um sujeito que carrega as marcas de não ter sido amado o bastante pelas figuras parentais, aquele que não recebeu todas as provas de amor da mãe ou do pai. Diante disso, o sujeito se percebe como um objeto desvalorizado, mas cria a ideia contrária, de que há algum objeto completo e ideal: o falo. Nas relações amorosas adultas, o sujeito histórico tentará a todo custo tornar-se o objeto ideal do outro, pois deseja tornar-se aquilo que

³⁷⁷ DOR, Joel. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Trad. Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre Editores, 1991.

³⁷⁸ Ibidem.

julga jamais ter sido. Em contrapartida, o sujeito se esforça para se manter em estado de insatisfação, a fim de que disso resulte o desejo de ir cada vez mais longe, nessa aspiração rumo a um objeto ideal.

A identificação com o objeto ideal do desejo do outro demonstra o *narcisismo fálico* tão presente na histeria. Aparecer como “objeto de brilho fálico” aos olhos do outro que a deseja demonstra uma sedução que está muito mais a serviço do poder fálico exercido sobre o outro do que a serviço do próprio desejo. As mulheres com vaginismo demonstram a satisfação de ocupar esse lugar fálico diante de um homem que constantemente suplica por uma relação sexual completa, mas que nunca a alcança. Com características claramente históricas, a mulher enfeitada por seu narcisismo fálico acaba ocupando o lugar mais alto do pódio, o mais distante e mais difícil de ser alcançado, porém o mais almejado.

É interessante observar que, normalmente, os parceiros de longa data das mulheres com vaginismo apresentam uma espécie de passividade frente ao quadro imposto. São homens retratados como bonzinhos e compreensivos diante das eternas negativas de suas mulheres quanto à relação sexual. Por mais amorosos e interessados que alguns homens possam se mostrar, em algum momento, a paciência cede espaço para uma franca conversa e para a colocação de seus limites e intenções. Mas isso parece nunca acontecer nesses casos, pois os companheiros das mulheres com vaginismo aceitam com facilidade essa condição.

Há uma parceria complementar e um jogo de identificações, em que o homem também procura manter insatisfeito o seu desejo, revelando, possivelmente, também uma característica histórica. Não é incomum que aconteça um desequilíbrio na relação quando a mulher consegue ultrapassar suas questões edípicas e históricas, melhorando o seu sintoma e mudando sua atitude frente ao parceiro. Já vi diversas vezes mulheres que, ao se mostrarem prontas para a relação sexual com penetração, são surpreendidas por disfunções sexuais de seus parceiros, as quais nunca antes haviam aparecido. Portanto, a regra se perpetua: quando um quer, o outro deve lhe negar.

A saída para os conflitos históricos parece encontrar um caminho na medida em que a mulher realiza o luto da menina fálica irremediavelmente perdida. Mas não é uma tarefa fácil, pois lhe custa caro pagar o preço da experiência traumática da incompletude, não vivendo qualquer experiência de prazer com o outro. Com o objetivo de manter a frágil imagem narcísica conquistada, a mulher histórica renuncia a qualquer experiência que lhe possa trazer o confronto com sua falta e incompletude. A solução é se manter distante das experiências de amar o outro, pois este pode lhe machucar. Inevitavelmente, a consequência é não se deixar tocar, não em seu sexo, mas em seu ser. Na histeria, há o sofrimento pela incapacidade de amar o outro, pois a histórica só conhece o amor narcísico.

Voltando ao caso de Patrícia, o que teria facilitado a permanência dela em análise por anos e ocasionado mudanças significativas em seu modo de ser? O ambiente analítico parece ter oferecido o suporte, a terra firme necessária para que Patrícia pudesse, na relação com a analista, vivenciar a intimidade necessária para alcançar a feminilidade, sem medo de se perceber frágil e incompleta.

6.3.3 A dimensão da intimidade na relação terapêutica

Desde que nascemos e saímos do ventre materno, buscamos no resto da vida por uma relação em possamos encontrar a paz e o aconchego anteriormente vivido. Habitar e compartilhar o corpo do outro parece fazer parte das experiências humanas de maior vínculo afetivo. O corpo desempenha um papel central nas experiências de intimidade. Quando nasce um bebê, este segue compartilhando a intimidade do corpo da mãe, alimentando-se dele. Além do mais, sabemos que “a mãe ajuda o bebê a conhecer o próprio corpo e a construir uma imagem deste e de si como sujeito, ou seja, ajuda-o a iniciar um contato íntimo consigo mesmo³⁷⁹”.

A relação terapêutica é constituída, acima de tudo, de intimidade. Mas nem todas as análises conseguem durante sua trajetória estabelecer a intimidade necessária, o que, a meu ver, está diretamente associado com o seu êxito. Não que um contato terapêutico menos íntimo não possa trazer algum benefício para o paciente, afinal, as patologias psíquicas acontecem justamente aí, estabelecendo o limite que cada um pode alcançar. Mas é precisamente nas análises em que se consegue um contato mais íntimo e profundo que teremos as experiências mais marcantes e transformadoras para o paciente.

É importante destacar nesse momento as mudanças técnicas e os desenvolvimentos teóricos da psicanálise nos últimos 100 anos. Ogden³⁸⁰, um dos grandes representantes da psicanálise contemporânea, destaca que houve uma mudança de ênfase, em que a *psicanálise epistemológica* de Freud, relacionada ao conhecimento inconsciente e à compreensão de seus sintomas, deu lugar à *psicanálise ontológica*, relacionada à luta de cada um por se tornar mais pleno e às experiências mais reais e vivas.

Descrevendo mais detalhadamente, a *psicanálise epistemológica* refere-se ao processo de adquirir conhecimento sobre o universo interno e inconsciente do sujeito e sua forma de se

³⁷⁹ LEVY, Ruggero. Intimidade. O dramático e o belo no encontro e desencontro com o outro. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 111-132, 2017. p. 112.

³⁸⁰ OGDEN, Thomas. Psicanálise ontológica ou “O que você quer ser quando crescer?”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 23-45, 2020.

relacionar com o mundo externo. Isso ajuda a organizar a experiência e é importante para promover mudanças psíquicas no paciente. A psicanálise epistemológica tem como técnica fundamental a interpretação, que visa compreender e comunicar ao paciente as suas fantasias inconscientes e também seus medos, desejos e conflitos.

A interpretação da transferência é também um dos pontos centrais da psicanálise epistemológica, em que o analista transmitirá ao paciente a compreensão acerca de como o paciente se relaciona atualmente com as pessoas de sua vida e com o próprio analista, como se estas pessoas fossem figuras reais ou imaginadas de sua infância. Como definem Laplanche e Pontalis³⁸¹, “trata-se de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada”. É sabido que a repetição de experiências de forma igual, tais como aconteceram no passado, permite pouco espaço para o desenvolvimento de novas possibilidades.

Ogden³⁸², baseado principalmente nas ideias de Winnicott e Bion, detalha que a *psicanálise ontológica*, por sua vez, tem o propósito de facilitar os esforços do paciente em se tornar mais si mesmo. Vejamos um pouco o que pontuam esses importantes autores da psicanálise contemporânea sobre o desenvolvimento da capacidade de vir a ser.

O conceito de *holding*, de Winnicott³⁸³, é um dos mais importantes de sua obra e diz respeito à capacidade materna de sustentar o desenvolvimento psíquico de seu bebê. A mãe toma seu bebê como alguém que depende totalmente dela, buscando compreender o pequeno ser: a intensidade de seu choro, as reações corporais, as manifestações sutis de seu comportamento, sem que a fala ainda esteja presente. Em um estado de dependência absoluta, o bebê tem a experiência de estar sob os cuidados de uma mãe em “preocupação materna primária”. Esta condição psicológica se caracteriza por um estado mental especial que as mães saudáveis experimentam no período final da gravidez e nas primeiras semanas do pós-parto. Sendo uma regressão aos estados primitivos de sua própria existência, em uma espécie de “doença mental saudável” que lhe causa intensa sensibilidade, a mãe poderá entrar em sintonia com seu bebê, estabelecendo uma relação de devoção para com ele.

³⁸¹ LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulário de psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 669.

³⁸² OGDEN, Thomas. Psicanálise ontológica ou “O que você quer ser quando crescer?”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 23-45, 2020.

³⁸³ WINNICOTT, Donald Woods. (1956). Preocupação materna primária. In: WINNICOTT, Donald Woods. **Obras escolhidas: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

A vivência de *holding*, segundo Ogden³⁸⁴, traduz o sentimento de uma experiência de estar vivo em uma época em que o bebê ainda não se tornou um sujeito e, portanto, o ato de segurar o filho em seu estado mais precoce de *continuar a ser* é fundamental para o seu desenvolvimento. A mãe em estado de preocupação materna primária se retira enquanto sujeito, para sentir a si mesma no lugar do bebê. Isso porque a presença da mãe sentida como sujeito rasgaria o delicado tecido psíquico do continuar a ser do bebê. Renunciar a si como sujeito que tem desejos, anseios, medos e inseguranças, para se adaptar completamente às demandas do bebê, bem como abrir mão também do tempo cronológico (noite e dia, calendários, amamentação regrada de três em três horas etc.), ajudam o bebê a criar a ilusão de que existe um mundo marcado quase que totalmente pelos ritmos físicos e psicológicos dele mesmo.

No caminho rumo ao desenvolvimento do eu, o bebê cresce e o *holding* muda para a função de sustentar os modos de estar vivo na interação com os objetos. Isso envolve a construção de um “lugar”, um estado psicológico no qual o bebê possa se organizar e juntar os seus pedaços psíquicos na tentativa de alcançar uma unidade. Em todo esse processo, também é possível pensar no paciente que precisa da vivência de *holding* durante a análise para se tornar inteiro. Um bebê que não tem alguém para juntar os seus pedaços no início da vida poderá no futuro da vida adulta viver a constante sensação de não integração do seu ser.

Sobre essa experiência em análise, Winnicott comenta que:

A experiência muito comum do paciente que se põe a contar todos os detalhes do fim de semana e sente satisfeito se no fim tudo tiver sido dito, ainda que o analista sinta que nenhuma elaboração analítica foi feita. Às vezes devemos interpretar isso como a necessidade do paciente de ser conhecido em todos os seus pedaços e partes por uma pessoa, o analista. Ser conhecido e sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista.³⁸⁵

Em um estado de dependência relativa, o bebê agora vai se adaptando gradualmente às falhas maternas e vai se diferenciando de sua mãe, reconhecendo-a como alguém separado dele. A internalização da função materna e a capacidade de estar só, que acontecem nessa etapa, ocorrem por meio da experiência dos fenômenos transicionais. A criação de uma experiência ilusória está na base dos fenômenos transicionais, em que a criança não sabe definir ao certo se aquela ilusão foi concebida em si ou se foi lhe apresentada de fora. O objeto transicional é algo diferente mim, não é externo, nem interno, pois está na fronteira entre o dentro e o fora. São os famosos paninhos, cobertores ou travesseiros que são sujos e malcheirosos, pois não podem ser

³⁸⁴ OGDEN, Thomas. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. *In*: OGDEN, Thomas. **Esta arte da psicanálise**: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 121-138.

³⁸⁵ WINNICOTT, Donald Woods. (1945). O desenvolvimento emocional primitivo. *In*: WINNICOTT, Donald Woods. **Obras escolhidas**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232. p. 150.

lavados senão perderão o cheiro original. A realidade externa é reconhecida gradualmente, de modo que o objeto transicional ajuda o bebê nessa conquista.

Winnicott³⁸⁶ menciona que todo o processo de desenvolvimento do eu pelo qual passa uma criança pequena é naturalmente ansiogênico, pois lhe cabe a difícil tarefa de discriminação entre o território interno e o externo de sua mente. Um outro importante recurso utilizado para que isso ocorra é o brincar, que se constitui a partir da capacidade de criar objetos e fenômenos transicionais. O brincar, que é um fenômeno transicional, desenvolve-se dentro de um espaço potencial, em uma zona intermediária, nem dentro, nem fora, nem realidade interna, nem realidade externa, criando uma terceira área de experimentação. É quando a criança poderá brincar de papai e mamãe sem ser efetivamente papai e mamãe. É o espaço da ilusão e da criatividade, fundamentais para o desenvolvimento psíquico da criança, que é intermediado pela mãe com sua maior ou menor capacidade de *holding*. Winnicott descreve os conceitos de objetos transicionais e fenômenos transicionais da seguinte forma:

Pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência. Esse primeiro estágio de desenvolvimento é tornado possível pela capacidade especial, por parte da mãe, de efetuar adaptações às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe assim a ilusão de que aquilo que ele cria existe realmente. Essa área intermediária de experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, à arte, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador.³⁸⁷

Na perspectiva ontológica, o papel do analista é bem diferente de seu papel em uma análise de base epistemológica. Isso porque:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de suas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que é.³⁸⁸

As ideias de Bion estão intimamente relacionadas com as de Winnicott, como trataremos brevemente aqui. O principal enfoque do autor está em como construímos a nossa maneira de pensar e em como processamos as experiências vividas em um momento do desenvolvimento precoce, quando não somos ainda capazes de processar sozinhos aquela experiência.

³⁸⁶ WINNICOTT, Donald Woods. (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

³⁸⁷ Ibidem, p. 30.

³⁸⁸ Ibidem, p. 38.

Segundo Bion³⁸⁹, as pessoas estão potencialmente equipadas com um conjunto de operações mentais que podem realizar um trabalho psicológico consciente e inconsciente sobre a experiência emocional, que resulta em crescimento psíquico. Isso significa que todos nós temos a capacidade inata de sonhar, o que dependerá de uma melhor ou pior relação com a figura materna. Entende-se por sonhar, uma forma de trabalho psicológico no qual se estabelece um intercâmbio entre os aspectos inconscientes, os pré-conscientes e os conscientes da mente humana. “Para Bion, sonhar ocorre tanto durante o sono quanto em estado de vigília”³⁹⁰.

E como isso se desenvolve? Primeiramente, a experiência de frustração vivida a partir de um aparelho psíquico capaz de suportá-la origina um *protopensamento*, desenvolvendo então um aparelho psíquico para pensá-lo. O pensar surge no bebê como uma saída, como uma espécie de solução para lidar com a frustração. Se o bebê tiver a capacidade de tolerar frustração, o resultado será uma sadia formação do pensamento por meio da *função alfa*, a qual integra as sensações provindas dos órgãos dos sentidos com as respectivas emoções, criando os *elementos alfa*³⁹¹.

Os *elementos alfa* não são a experiência da coisa em si, mas uma abstração e uma representação desta, transformando-se em sonhos, memórias e símbolos. A formação de símbolos possibilita a capacidade de abstração e criatividade. Os *elementos alfa* são os que darão origem à *barreira de contato*, que separa o interno do externo, o consciente do inconsciente, dando a sensação de integração ao sujeito.

Mas, se ao contrário disso, o bebê não for capaz de tolerar frustrações e o ódio for excessivo, criam-se *elementos beta*, que são experiências sensoriais primitivas e caóticas que não puderam ser pensadas, sendo descarregadas por meio de agitação motora, atuações ou somatizações, utilizando-se sempre da *identificação projetiva* como mecanismo. Os *elementos beta* se proliferam e constituem a *pantelha beta*, não possibilitando uma diferenciação entre consciente e inconsciente, entre fantasia e realidade, não permitindo a elaboração dos sonhos. Nos pacientes psicóticos prevalece a *pantelha beta*. O pensamento adquire uma concretude, uma dureza capaz de causar danos reais, precisando ser expulso imediatamente. Não há

³⁸⁹ BION, Wilfred. **Estudos psicanalíticos revisados**. Trad. Wellington M. de Melo Dantas. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

³⁹⁰ OGDEN, Thomas. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: OGDEN, Thomas. **Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 121-138. p. 129.

³⁹¹ BION, *op. cit.*

possibilidade de simbolização. Afirma Bion³⁹² que “o êxito depende da capacidade de o bebê tolerar frustração. Depende de que a decisão seja fugir da frustração ou modificá-la. E modificá-la é abrir caminho para o universo simbólico e conseqüentemente, para a capacidade de pensar”.

Então será introduzida pelo autor a noção de *rêverie*, que no sentido próprio da palavra significa *sonho acordado, devaneio*. A função *rêverie* diz acerca da condição pela qual a mãe é capaz de captar o que se passa com seu filho, muito mais por meio de um estado de sonho e intuição do que propriamente por meio dos órgãos do sentido. A mãe-*rêverie* é aquela que consegue acolher, conter e fazer ressonância com o que é projetado dentro dela, devolvendo os elementos alfa nomeados e significados³⁹³.

Em minhas aulas de psicanálise, digo aos meus alunos que a função *rêverie* é parecida com o que acontece com a mãe pássaro que vai buscar “minhocas” para alimentar seus bebês passarinhos. Se ela entrega aos bebês a minhoca bruta e inteira, seus filhotes não serão capazes de absorvê-la. Mas se ela primeiramente colocar na própria boca, mastigar bastante, diluir o alimento e só depois entregá-lo aos bebês passarinhos, será muito mais fácil a assimilação por parte destes. Assim também funciona com os bebês humanos, que somente aprenderão a pensar seus pensamentos se houver uma mãe tradutora das experiências vividas. Há um pensamento em busca de um pensador, e é preciso de um continente/mãe para receber e conter o conteúdo oriundo do bebê, a fim de devolvê-lo de forma traduzida para que o pensamento aconteça.

Cabe aos analistas, portanto, dispor da capacidade de *rêverie* na tarefa de conter a angústia e devolvê-la aos pacientes de forma que ela possa ser transformada e nomeada. Bion³⁹⁴ insiste que os psicanalistas devem abandonar o desejo de entender, e sim permanecer o quanto possível na experiência de estar com o paciente. O autor sugere que evitemos tanto a memória das teorias que pensamos saber quanto o desejo de cura do paciente, pois são obstáculos para a intuição da realidade do que está se passando no momento da sessão³⁹⁵.

Ogden, ao concordar com Bion³⁹⁶, afirma que:

³⁹² Wilfred. **Estudos psicanalíticos revisados**. Trad. Wellington M. de Melo Dantas. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 129.

³⁹³ Ibidem.

³⁹⁴ BION, Wilfred. (1962). **Aprender da experiência**. São Paulo: Blucher, 2021.

³⁹⁵ Ibidem.

³⁹⁶ Ibidem.

A *rêverie* do analista (ou da mãe), o devaneio, que muitas vezes toma a forma de seus pensamentos cotidianos ou mundanos, constitui a maneira pela qual o analista (ou a mãe) experimenta inconscientemente algo como uma experiência impensável e irrealizável do paciente (ou do bebê). No *setting* analítico, o analista disponibiliza para o paciente a versão transformada (sonhada) da experiência “não sonhada” ou parcialmente sonhada falando (ou se relacionando de outras formas) *desde*, e não *sobre*, a experiência de *rêverie*.³⁹⁷

Portanto, é na sobreposição das vivências do analista e do analisando em sessão que se cria algo novo. Esse espaço de correlação entre ambos foi chamado por Ogden³⁹⁸ de “o terceiro intersubjetivo” ou “terceiro analítico”.

Na capacidade de brincar, tomamos algo que ainda não é nosso (uma experiência com o amigo, com o terapeuta, com o cônjuge, uma peça ou uma música ouvida, algo que seja emocionalmente importante) e o introjetamos em nosso ser, de maneira a nos tornarmos diferentes daquele de antes da experiência. É com base nas ideias de Freud³⁹⁹ sobre as reminiscências do passado serem fruto das identificações, bem como nas de Melanie Klein⁴⁰⁰ ao abordar o tema das identificações projetivas, que Ogden percebe a experiência do brincar na relação analítica. Aqui é importante pontuar que Bion foi o principal responsável por modificar o conceito de identificação projetiva de Klein, ao descrevê-lo como um movimento psíquico com finalidades comunicativas, isto é, o bebê e sua mãe podem comunicar suas emoções, projetando-as inconscientemente dentro do outro⁴⁰¹.

É possível descrever o conceito de “terceiro analítico” da seguinte forma: trata-se da mãe e seu bebê criando uma terceira mente, pois a vivência emocional compartilhada é transformada em uma terceira vivência. Portanto, não é possível pensar analista e analisando como sujeitos separados, sendo a análise um movimento constante entre essas duas subjetividades.

³⁹⁷ OGDEN, Thomas. Psicanálise ontológica ou “O que você quer ser quando crescer?”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 23-45, 2020. p. 31, grifos do autor.

³⁹⁸ OGDEN, Thomas. (1994). O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. *In*: OGDEN, Thomas. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 57-92.

³⁹⁹ FREUD, Sigmund. (1923). O ego e o id. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 03-41.

⁴⁰⁰ KLEIN, Melanie. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. *In*: KLEIN, Melanie. **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 20-43.

⁴⁰¹ RIBEIRO, Marina. Da identificação projetiva ao conceito de terceiro analítico de Thomas Ogden: um pensamento psicanalítico em busca de um autor. **Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2020.

Neste sentido, há uma permeabilidade das mentes que, na cena do encontro analítico, cria um “objeto analítico”⁴⁰². Tal objeto analítico está no espaço potencial entre analista e analisando, captado pela *rêverie* do analista.

A capacidade de *rêverie* implica a permeabilidade e a disponibilidade mental e emocional para a comunicação daquilo que vem do outro. Nas sessões de análise, grande parte dos movimentos que acontecerão entre paciente e analisando dependerá da capacidade de *rêverie* do analista. O terceiro analítico preconizado por Ogden⁴⁰³ trata-se então do encontro entre duas subjetividades, em constante interação, que geram tantos outros novos pensamentos e emoções; apreender algo do encontro analítico, captado muito mais pela comunicação inconsciente do que pelas observações objetivas. A atenção flutuante de Freud⁴⁰⁴ já mencionava sobre tal aspecto: o analista deveria conter todas as influências conscientes de sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente às suas impressões inconscientes do contato com o analisando.

O termo *íntimo* vem do latim *intĭmus*, que é o superlativo de dentro, ou seja, o mais dentro possível. Intimidade então é ter contato com o interior de si ou do outro. Bion fala em “tornar-se o outro”, no sentido de ser o mais próximo possível de sua experiência emocional, e não “ser o outro”, perdendo sua identidade⁴⁰⁵.

Winnicott⁴⁰⁶ cunhou a importante frase “quando olho, sou visto; logo existo” a fim de mostrar a importância da relação entre mãe e bebê, em que se mostrar e ser visto construirão a imagem que o sujeito terá de si mesmo. Nas relações humanas íntimas, vemo-nos por meio dos olhos dos outros. Ogden⁴⁰⁷ aponta também que, quando a criança se vê no rosto da mãe, cria-se um movimento de existir/não existir, na medida em que a mãe desaparece brevemente, permitindo que o bebê se veja como um outro.

Encontrar formas verbais precisas que possam, com efeito, traduzir a experiência da relação terapêutica é sempre o grande desafio do analista. E também devemos considerar que existem percepções sobre o outro que são inatingíveis, pois se preservará sempre um mistério intrínseco e inalcançável da natureza humana.

⁴⁰² OGDEN, Thomas. (1994). O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. *In*: OGDEN, Thomas. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 57-92.

⁴⁰³ *Ibidem*.

⁴⁰⁴ FREUD, Sigmund. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 67-73.

⁴⁰⁵ LEVY, Ruggero. Intimidade. O dramático e o belo no encontro e desencontro com o outro. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 111-132, 2017.

⁴⁰⁶ WINNICOTT, Donald Woods. (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 177.

⁴⁰⁷ OGDEN, *op. cit.*

O objetivo do trabalho analítico é auxiliar o sujeito a se tornar ele mesmo. Nos casos de vaginismo atendidos por mim, estive atenta em observar aquilo que fazia parte das demandas inconscientes das mulheres ao procurarem o trabalho analítico. De forma geral, todas pedem por acesso ao feminino, ao reencontro com algo que foi vivenciado com a mãe nos primórdios da vida, mas que ficou paralisado em seu desenvolvimento. Parece que há um pedido para que eu encontre dentro delas a mulher que existe ali, mas que lhes é negada. Cabe ao analista, por meio de seu olhar, perceber a mulher que há em cada uma delas, pois isso permitirá que a mulher que ali está apareça por meio do meu olhar.

Uma característica da minha clínica é o atendimento a mulheres com relacionamentos heterossexuais. Isso não significa que não existam mulheres homossexuais com queixas de dificuldade de penetração vaginal com suas parceiras; também já atendi a algumas mulheres com essa escolha objetal. Mas a dificuldade de penetração, nesses casos, só se transforma em queixa quando a mulher possui uma parceira que deseja realizar algum tipo de penetração com brinquedos eróticos. Caso contrário, a dificuldade de penetração não se torna um problema, não incomoda e, portanto, não requer tratamento.

A falta de intimidade com seus próprios corpos, aspecto presente em minhas pacientes, revela também uma falta de intimidade com a figura materna, estando esta distante demais para as demandas femininas da filha. Recordo-me de uma paciente que ao menstruar ficou aterrorizada com a ideia de ter se machucado seriamente, pois nunca havia conversado com a mãe sobre esse tema. Passou dias escondendo o fato e colocando papel higiênico na roupa íntima até que pudesse conversar com uma prima, que lhe orientou sobre o uso de absorventes e outras formas de higiene neste período. Assuntos sexuais não mencionados, silenciados e ignorados pelas mães revelam uma ausência de intimidade e um distanciamento afetivo entre mães e filhas. Ao se pensar nas ideias de Winnicott sobre a importância do olhar materno na constituição do ser, é possível compreender que em relação a essas meninas, o olhar da mãe para a filha não vinha com traduções do feminino, ou por a mãe não ser feliz enquanto mulher, ou por desejar reinar como a única rainha da casa.

As pacientes que atendo parecem encontrar na minha figura de analista um modelo de feminilidade desejado. Percebo que o otimismo em encontrar respostas acontece desde o início da análise, pois como já afirmava Freud⁴⁰⁸, a transferência positiva é por um tempo um

⁴⁰⁸ FREUD, Sigmund. (1912). A dinâmica da transferência. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 60-66.

fenômeno desejado e importante para o seu progresso, podendo ajudar as pessoas a estabelecer vínculos de confiança e a superar dificuldades para relatar suas experiências traumáticas.

Mas passados os primeiros tempos, deparamo-nos com os aspectos mais primitivos da história de cada uma das pacientes. Muitas vezes, sou levada a vivenciar, por identificação projetiva, a falta completa de “tesão” dessas mulheres ao me sentir paralisada e sem interesse em seus relatos. Outras vezes, sinto a fragilidade psíquica delas, representada na angústia de ter o corpo ou o seu envelope psíquico perfurado. Já me senti invadida, algumas vezes, por mulheres que procuravam desesperadamente aportar em solo firme para poderem se abrir e serem elas mesmas. Mas outras tantas vezes, sinto o pedido de uma menina que solicita a ajuda da mãe para se descobrir e entrar em contato com o que há de mais profundo entre duas mulheres.

Muitas vezes sou convocada a me tornar aquilo que a paciente não está podendo ser naquele instante: a mulher que sabe o mistério da feminilidade. Com características histéricas, as mulheres acreditam falicamente no meu saber sobre o ser feminino. Eu teria o falo do conhecimento. O cuidado a ser tomado é que eu não me coloque nesse lugar de demonstrar que existe um único saber sobre o feminino, de que há algo grandioso a ser revelado e que isso irá lhes ensinar o caminho das pedras. O que parece muito sedutor nos serviços oferecidos em sexualidade feminina é a ideia de que é possível se apropriar de um dos tantos “produtos” oferecidos atualmente na sociedade, e isso levará ao encontro da sexualidade tão sonhada, seja ao consumir conteúdo dos vários influenciadores digitais, adquirindo vibradores e sugadores de clitóris, seja ao comprar um curso de pompoarismo pela internet.

Evidentemente, tais “produtos” são uma forma útil de aproximação com o tema, mas não trazem a experiência emocional compartilhada com um outro alguém com quem se possa criar essa existência feminina. Quando Winnicott aborda o relacionamento mãe-bebê em toda a sua obra, está usando isso como metáfora que não inclui apenas essa relação, mas também a relação analista-paciente e qualquer outra relação íntima e expressiva que traga modificações no modo de ser. Bion⁴⁰⁹ também menciona que, enquanto analistas, devemos abandonar o desejo de entender e, em vez disso, engajar-nos na experiência de estar com o paciente por meio do *rêverie*.

As experiências humanas podem ser transformadoras quando há intimidade e profundidade nas relações. Essa é a proposta fundamental das psicoterapias ou análises. Mas as psicoterapias não são a única forma de vivenciar experiências profundas. Ouvir uma música

⁴⁰⁹ BION, Wilfred. (1962). **Aprender da experiência**. São Paulo: Blucher, 2021.

que remeta a alguma situação, assistir a uma peça que comove profundamente ou visualizar uma paisagem inebriante podem ser experiências transformadoras. Mas sempre há uma experiência pregressa com um outro objeto, a qual está na base dessas vivências. Isso me faz lembrar de Bollas⁴¹⁰, que discorre sobre um objeto que pode ser transformacional quando proporciona vivências de amplitude, de magnitude, vivências que moram além das palavras. Esses objetos remetem às experiências da infância, em que a mãe era o objeto que favorecia essas transformações apenas por sua permanência e constância, transmitindo ao bebê uma experiência recorrente de ser. A busca por transformação é um anseio primordial do ser humano, o que o move pela vida afora.

Encontrar em um grupo terapêutico ou em uma roda de conversa pessoas que compartilham das mesmas dificuldades sexuais que as minhas pode ser uma experiência muito profunda para algumas mulheres. Partilhar com uma médica ginecologista as angústias e problemas íntimos vividos com o parceiro também é algo que pode gerar confiança e intimidade. São muitas as experiências humanas que podem ganhar significado e transformar o psiquismo das pessoas.

Em meu trabalho, que foge às regras do método psicanalítico tradicional, procuro escutar atentamente as pacientes por um bom tempo, tentando compreender aquilo que as trouxe ao consultório. Percebo que, em algum momento, mais adiante, algumas mulheres se mostram abertas para compartilhar comigo momentos mais íntimos de suas vidas. Parto então para o trabalho que foi feito com a paciente Patrícia: começamos a visualizar figuras, ilustrações, ler passagem de livros, e sobretudo, conversarmos sobre essa experiência. Não é com todas as pacientes que emprego a mesma estratégia, pois isso dependerá do quanto aquela mulher está aberta para compartilhar comigo essa experiência, sem que a inveja, rivalidade ou disputa estejam atuando naquele momento. Nessa hora, também é possível realizar o encaminhamento para uma ginecologista, que de modo sensível e respeitoso poderá executar o mesmo trabalho, mas na ordem do corpo físico.

Também me questiono se um psicanalista ou psicoterapeuta homem, assim como um ginecologista desse mesmo sexo, teriam as mesmas possibilidades na interação com pacientes como estas. Neste ponto, penso que compartilhar com outra mulher as suas angústias femininas pode levar a uma experiência profunda e muito rica de identificação e de aprendizado quanto à confiança. Uma transmissão quase que transgeracional de experiência e vivência, algo que

⁴¹⁰ BOLLAS, Christopher. **A sombra do objeto**: psicanálise do conhecido não pensado. Trad. Fátima Marques. São Paulo: Escuta, 2015.

atualmente está cada vez mais escasso, pois depende da qualidade afetiva da relação que está em jogo.

Decerto que existem graus diversos de intimidade, e o que está em jogo na relação terapêutica é o quanto de experiência íntima poderá ser compartilhada pela dupla. Portanto, é na psicanálise ontológica, descrita por Ogden⁴¹¹, que podemos encontrar a liberdade no modo de ser terapeuta, que enfoca o encontro e o estar com o paciente. Ao tratar de questões sexuais com mulheres, permito-me sair do enquadre mais tradicional psicanalítico para viver junto delas o encontro com a feminilidade. É importante também deixar claro que a psicanálise ontológica é uma dimensão da prática, que coexiste com a psicanálise epistemológica. Pois afinal, não é possível uma existir sem a outra.

6.3.4 Concluindo o caso Patrícia

Patrícia ficou muitos anos em sessão e houve um importante desenvolvimento de sua personalidade. No início, o receio era de que nunca conseguisse se relacionar com rapazes em razão de sua dificuldade de ser penetrada. Imaginava que conheceria alguém, que sairiam por algum tempo, mas que quando chegasse o momento da relação sexual, seguramente não daria certo. Pensava que precisaria contar antecipadamente sobre seu problema, e que por isso nenhum rapaz iria querer permanecer com ela. Esse roteiro pronto em sua cabeça se fez presente por alguns anos e foi o disparador dos anseios que a mantiveram longe dos rapazes por muito tempo. Patrícia não conseguia imaginar que a passagem do tempo durante o relacionamento poderia alterar o seu *script*. Não percebia o quanto as conversas, a proximidade e a intimidade, que só vêm com o tempo de relacionamento, poderiam trazer de novidades.

Também estávamos falando acerca da relação terapêutica, que com o tempo ganhava em profundidade e confiança. Fomos discutindo sobre como algo de positivo só se desenvolve na troca com o outro, e de que nada adiantaria ela continuar paralisada acreditando que seria “eternamente do mesmo jeito”.

Até que em algum momento, Patrícia conhece um rapaz com quem inicia um relacionamento. Nessa época, começamos a conversar mais intimamente sobre a relação sexual e sobre seu corpo. Logo, todas as angústias de perfuração e efração do corpo vieram à tona, demonstrando um distanciamento enorme do seu corpo, que ela via como frágil e machucado.

⁴¹¹ OGDEN, Thomas. Psicanálise ontológica ou “O que você quer ser quando crescer?”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 23-45, 2020.

Essa sensação do corpo frágil estava vinculada ao acidente na infância, quando machucou sua vulva. Mas não se tratou apenas um machucado corporal que deixou marcas. A principal consequência veio da atitude da mãe que, ao acompanhar a consulta e visualizar os genitais da filha, virou a cara demonstrando repulsa e asco. O ferimento, aparentemente do corpo, deixou na menina um machucado maior ainda, uma ferida narcísica, pois passou a sentir seu genital como “doente, problemático, feio e imperfeito”, dizia a paciente.

Há no caso de Patrícia os mesmos elementos dos casos abordados anteriormente. A mãe era uma pessoa rígida, castradora e pouco afetiva. Dada a sua origem oriental, a comunicação afetiva entre os membros da família era escassa, e principalmente a mãe era uma mulher dura e distante. Para que os padrões culturais da família fossem mantidos, Patrícia tinha que ser uma mulher recatada e desprovida de sexualidade. Nos primeiros tempos da análise, temia ser reconhecida como uma mulher sexual, atribuindo à mãe a responsabilidade disso.

Da mãe, tinha medo, pois esta brigava quando via Patrícia vestida como uma mulher. Do pai, ao contrário, não tinha medo, mas sim vergonha. Ele era uma pessoa que não se incomodava de ver que a filha tinha crescido, porém, a vergonha da própria Patrícia revelava um conflito neurótico entre sexualidade e moralidade. Diante das repreensões oriundas da mãe, como poderia se mostrar mulher para o pai? O resultado foi a demonstração de uma sexualidade escondida e represada, que só podia ser vivida parcialmente, da porta da rua para fora. Patrícia tinha alguns encontros amorosos, mas com nenhum desses parceiros ela deixava ser penetrada.

Começamos a trabalhar com as figuras de um livro antigo de educação sexual. Juntas, visualizávamos imagens de corpos nus de homens e mulheres, cada qual com a sua diferença. Chegamos então nas figuras dos órgãos sexuais femininos internos e, depois, dos externos. Dado que as figuras eram apenas ilustrações, era mais fácil a visualização. Mas em um dos capítulos havia fotos de várias vulvas reais, com diversos tamanhos, cores e formatos. Olhar para essas fotos foi um grande desafio para Patrícia, que mencionava sentir-se “agoniada” e “com medo do que veria”. As fotos visualizadas anteriormente não geravam o mesmo pânico que sentia ao olhar para as vulvas reais. O medo era de encontrar um rasgo, uma fissura, uma ferida naquela vulva, o que refletia o modo como sentia em relação a seu próprio órgão genital. Como uma ferida narcísica imputada pelo olhar da mãe, que na infância demonstrara asco e repugnância, Patrícia temia confirmar a sua falta e incompletude.

Muito lentamente, explorávamos o livro, dia após dia nas sessões, em que ela ia me contando sobre seus pensamentos, impressões e sensações experienciadas diante das fotos vistas. Uma parte importante de seu corpo – e negada por tanto tempo – estava sendo resgatada. Parto aqui do princípio de que já há por parte da menininha, desde a infância, um conhecimento

de sua vulva, sendo preciso apenas reconhecê-la posteriormente. Ainda que a mãe tenha colaborado para uma visão negativa de seu órgão genital na infância, mesmo assim Patrícia foi capaz de resgatar os significados positivos de sua vulva.

Ao mesmo tempo em que as sessões se desenrolavam, o novo relacionamento de Patrícia se desenvolvia com boas perspectivas. Conversávamos sobre o melhor momento para dividir com o namorado sua dificuldade sexual. Foi preciso muita coragem para “abrir-se” e contar a ele que não conseguia ser penetrada. Aprender a lidar com as suas faltas e reconhecer seus medos ajudaram Patrícia a enfrentar a difícil tarefa de dividir com alguém suas vivências mais delicadas.

Nas sessões, por diversas vezes eu me sentia alegre e encantada com todos os avanços feitos pela paciente ao longo dos anos. Os *insights* da paciente eram ricos e cheios de significados. Aquela menina apagada e sem brilho tinha dado espaço a uma mulher mais madura e dona de si. Ao analisar a minha contratransferência, em um primeiro momento pensei que estávamos estabelecendo um conluio narcísico, em que eu era premiada com sua melhora, fazendo-me sentir engrandecida enquanto terapeuta. Em uma técnica psicanalítica mais tradicional, pensei no quanto deixava de ser abstinente ao atender aos desejos de reconhecimento da minha paciente.

No entanto, com o decorrer do tempo, observei que algo diferente acontecia em minha relação com Patrícia. Ela, por identificação projetiva, causava em mim um encantamento que nunca pôde ser vivido em sua vida: uma necessidade de encantamento, de ser vista e celebrada por mim, uma outra mulher. A sua mãe não se encantou com ela, tal como eu me encantei. Foi quando me dei conta de que dentro da sessão havíamos construído o lugar da transicionalidade. Ali era o lugar da brincadeira, no qual Patrícia poderia, livremente, brincar de ser mulher. A emoção experimentada no contato com o outro sujeito é o elo entre os dois, o que permite conhecer o que se passa no interior de si e daquele com quem estamos junto. Sem medo de se mostrar incompleta ou falha, Patrícia mostrou o que havia de mais verdadeiro em si.

Em algum momento, já mais para o final da análise, Patrícia organiza uma viagem e dentre os vários destinos possíveis, resolve ir para a região de um parque temático infantil. O namorado, por razões de trabalho, não poderia acompanhá-la e, portanto, ela iria sozinha. Perguntou-se inúmeras vezes: “mas por que um parque temático infantil?”, já que nunca pensou em viajar para lá e nem via tanta graça no mundo de fantasia daquele lugar. Em uma sessão, na véspera de sua viagem, Patrícia, muito emocionada, chora e afirma que “agora vai resgatar de vez a sua criança interna e vai brincar muito por lá!”. De fato, a paciente havia resgatado a sua capacidade de ser, de forma livre e espontânea.

O trabalho analítico se encerrou no momento em que a paciente já conseguia ter relações sexuais satisfatórias, e, sobretudo, prazerosas. O lugar do sexo também é aquele da brincadeira, em que as fantasias e desejos do passado podem se atualizar com um parceiro confiável, que é continente para todas as emoções que brotam daquele encontro. No sexo é possível brincar um pouco de papai e mamãe, sem tanta culpa!

Depois de alguns anos, recebo uma mensagem de Patrícia me contando que havia tido um bebê, do qual ela me mandou várias fotos. Ela me agradeceu pelo trabalho realizado e me disse que precisava compartilhar esse momento com as pessoas que foram importantes durante o processo que a fez chegar até ali. O trabalho gerou frutos!

A busca por vínculos íntimos perpassa toda a vida dos sujeitos. Digo sempre que é da natureza humana ter a capacidade de procurar na vida aquilo que nos faltou dentro de casa, tendo o sujeito seu psiquismo razoavelmente preservado. Desde Freud, até Winnicott e Bion na psicanálise contemporânea, todos são unânimes em afirmar que o ser humano só se torna sujeito por meio do contato com um outro ser humano.

Atualmente, os indivíduos, cada vez mais autossuficientes e independentes, parecem precisar cada vez menos dos seus iguais. Visto como uma espécie de fraqueza, precisar dos outros passou a ser algo *démodé*. Lembro-me de uma paciente que, há pouco tempo, queixava-se de um rapaz com quem conversava e que não esboçava qualquer movimento para se aproximar dela. Tal como um menino assustado, ele ficava passivamente “esperando que o leite caísse em sua boca”, dizia ela. Essa frase, usada pela paciente, expressa claramente o contemporâneo modo narcísico de ser, que privilegia cada vez menos os encontros vivos e inteiros.

As palavras de Ogden salientam a importância de experiência compartilhada:

É preciso ter (pelo menos) duas pessoas para pensar a experiência emocional mais perturbadora de alguém, não significa que os indivíduos sejam incapazes de pensar sozinhos, mas que chegam inevitavelmente a um limite que o seu pensar/sonhar não pode ultrapassar. Nessa altura, ou desenvolvem uma sintomatologia, num esforço – geralmente fútil – de ter algum controle sobre as próprias dificuldades psicológicas – o que não significa resolvê-las –, ou então arrolam outra pessoa para ajudá-los a sonhar a própria experiência.⁴¹²

O “ser humano não é uma ilha”, costumo dizer aos meus jovens alunos de graduação. Somos seres relacionais o tempo todo, desde o princípio. Mesmo quando estamos sozinhos, carregamos as marcas daqueles que estiveram intimamente presentes. A maior riqueza humana

⁴¹² OGDEN, Thomas. Sobre três formas de pensar: o pensamento mágico, o pensamento onírico e o pensamento transformativo. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 193-214, 2012. p. 202.

ainda está nas relações profundas e sinceras entre os nossos pares. A natureza paradoxal do ser humano é que, para se tornar pleno de si e senhor de suas próprias ações, é preciso antes ter a relação com os outros, a fim de que sejamos pessoas mais generosas, amorosas e abertas.

Portanto, seja com pais, amigos, parceiros ou com o analista, as relações humanas ainda são aquelas que podem reverberar em profundas transformações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa partiu de uma indagação pessoal sobre a minha trajetória profissional. A sexologia foi o meu percurso inicial para trabalhar com mulheres com dificuldades sexuais. Com um caráter mais biológico e comportamental, a *sexologia* fez parte da minha formação profissional e deixou marcas que contribuíram para a prática que atualmente exerço em minha clínica das disfunções sexuais.

Apesar disso, encontrava-se na psicanálise o aprofundamento necessário para compreender aquilo que extrapola o sintoma físico e sexual. Os modelos de tratamentos comportamentais visam, prioritariamente, à eliminação dos sintomas observáveis e à cura. De fato, a psicanálise não visa prioritariamente à “cura”, mas sim a uma investigação para dentro de si, para as primeiras relações afetivas e suas consequências na formação do eu.

Comecei, portanto, com a discussão acerca das características e objetivos que definem as ciências sexuais, buscando compreender o lugar da psicanálise no âmbito desse contexto. Houve sempre um grande esforço por parte de Freud para fazer da psicanálise uma ciência reconhecida em seu tempo, pois trabalhar com o conceito de inconsciente era reconhecer a existência de um determinante psíquico que não poderia ser visto claramente, conforme os parâmetros das ciências médicas e positivistas.

A psicanálise trabalha, desde o início, com a sexualidade como responsável pela constituição psíquica do sujeito, mas isso não faz dela uma ciência sexual. De forma contrária, a psicanálise teve que romper com a sexologia do século XIX, que apontava padrões universais e inquestionáveis para os comportamentos sexuais humanos, sendo sempre pautados na reprodução biológica como modelo social vigente. A psicanálise, portanto, abriu o universo dos desejos e fantasias dos sujeitos, demonstrando que estas ultrapassam o registro concreto do comportamento sexual. Para a psicanálise, atitudes, comportamentos e desejos sexuais são o resultado de um longo processo de construção do ser e de suas fantasias, portanto, não devem ser considerados apenas pelo crivo do que é concretamente observado.

No entanto, alguns autores psicanalíticos contemporâneos, interessados em discutir os quadros psicopatológicos mais graves que existem atualmente, desviaram os olhares da sexualidade como formadora do psiquismo humano em direção às relações objetais do bebê com sua mãe nos primórdios da vida. Com tal mudança de enfoque, a influência da sexualidade nas psicopatologias perde importância, fazendo com que o elemento sexual tenha pouca relevância, inclusive dentre os assuntos mencionados pelos pacientes em sessão. Todavia, os problemas sexuais continuam a figurar nas queixas de uma boa parte dos pacientes que chegam

ao consultório, apesar de todas as mudanças culturais acerca da sexualidade ocorridas no último século.

Este é o trabalho que realizo em minha clínica: o atendimento a mulheres que pedem por ajuda no encontro com a sua sexualidade e com o ser feminino. Pedem para falar sobre o assunto, para trazer ao discurso esse elemento recalcado e apagado em nossa cultura: a sexualidade e o prazer da mulher. Apesar de tão abordada na mídia e nas redes sociais, a sexualidade parece ainda ser o foco de diversos conflitos, principalmente daqueles que se referem à sexualidade feminina.

Nunca antes na história se falou tanto sobre a sexualidade feminina e as maneiras de se obter mais prazer. Vivemos uma explosão no mercado de produtos eróticos femininos, com o aumento nas vendas de vibradores e de sugadores de clitóris, assim como de cursos de pompoarismo que prometem um prazer cósmico. Mas curiosamente, as dificuldades sexuais femininas não diminuíram e as mulheres parecem não estarem mais bem resolvidas do que na época de Freud. O sexual ainda é, em uma boa parte das vezes, o foco do traumático, mesmo nos dias atuais.

Escolhi abordar nesta pesquisa uma das disfunções sexuais – o vaginismo – que apresenta um sintoma físico específico e, portanto, conflitos psíquicos também específicos, diferentes daqueles vividos pelas mulheres que apresentam outras dificuldades sexuais, como por exemplo, ausência de desejo sexual ou de orgasmo durante a relação. Mas entendo que, certamente, no vaginismo há sim a presença dessas outras dificuldades sexuais, que se misturam ou que apresentam uma influência sobre a outra.

O vaginismo apresenta-se em um corpo que não quer ser penetrado, ainda que o seu pensar consciente manifeste tal querer. Há um sintoma físico bem definido, que é a manifestação simbólica de aspectos psíquicos não elaborados e que encontram no corpo a possibilidade de se manifestarem. A escolha da histeria como matriz clínica diagnóstica das mulheres com vaginismo estudadas nesta pesquisa me permitiu articular a compreensão dos sintomas com uma metapsicologia já existente e muito trabalhada por Freud desde o início da psicanálise. Apesar disso, existe uma linha tênue que separa a histeria de outras neuroses, ou mesmo de casos com características psicossomáticas.

A histeria, muito contestada nos dias atuais, por vezes, é vista como uma patologia ultrapassada, que não existe mais tal qual na época de Freud. A neurose, que inclui a histeria, é uma forma de subjetividade típica de uma sociedade marcada por instituições fortes e parâmetros rígidos no modo de ser e existir no mundo, como eram as do século XIX, época em que foi criada a psicanálise. A igreja, a pedagogia e a família anteriormente ditavam as formas

de ser. Mas o que temos atualmente é uma sociedade que vive gradativamente a falência dessas grandes instituições, tornando as pessoas mais livres, porém mais sós.

Dessa forma, há nos dias de hoje um maior interesse da comunidade psicanalítica voltado aos quadros psicopatológicos graves, com dificuldades na constituição do eu, do que aos quadros de neuroses, como a histeria, em que a sexualidade seria o cerne do reprimido. Essa mudança no interesse teórico por parte dos psicanalistas não significa que a histeria tenha deixado de existir no dias atuais, apesar do crescimento das patologias relativas à constituição do eu. É interessante notar que as mulheres atendidas na minha clínica têm uma ligação com a sexualidade permeada por moralismos e recalques típicos da época de Freud, apesar de todas as mudanças sociais e culturais acontecidas no último século. Ademais, a relação das meninas com suas mães é sempre impregnada pelas histórias vividas por estas últimas, que trazem consigo vivências de uma geração mais antiga.

Portanto, o diagnóstico de histeria parece representar satisfatoriamente a dinâmica psíquica de uma boa parte das pacientes atendidas por mim e daquelas que foram relatadas nessa pesquisa. Naquilo que concerne à metapsicologia freudiana da histeria, no entanto, a fixação na fase fálica e os conflitos edipianos centrais na problemática desta patologia trouxeram a necessidade de discutir criticamente neste trabalho os aspectos teóricos que sofreram modificações no último século. As transformações no papel da mulher na sociedade atual trouxeram também mudanças teóricas para a psicanálise, que busca se libertar das marcas históricas de seu tempo.

Revisitar o Édipo e sua lógica fálica, no sentido freudiano, é parte importante para aqueles psicanalistas que desejam trabalhar na compreensão do feminino nos dias hoje. Além de todo o interesse amoroso da criança pequena em relação a um dos genitores, o complexo de Édipo freudiano aponta também para a problemática da castração e da inveja do pênis na fase fálica da menina. Em diversas passagens da metapsicologia freudiana, como na teoria do complexo de castração, o feminino é definido pela falta ou negativo, o que parece não fazer mais sentido na atualidade. Portanto, todo o trabalho que vem sendo feito nas últimas décadas é no intuito de buscar compreender as vivências da fase fálica sob outra ótica, ampliando o seu sentido.

Ao ultrapassarem a concretude dos conceitos, os autores contemporâneos têm trazido um caráter mais abstrato à teoria, tal como na ideia de falo mencionada por Lacan, que já não se refere ao pênis propriamente dito. Nessa visão contemporânea, a fase fálica não está relacionada apenas às implicações de ter ou não ter um pênis, mas sim a ter ou não o “tudo”, a “completude”. A inveja do falo – e não a inveja do pênis – parece traduzir melhor a experiência

tanto de meninos quanto de meninas que invejam a quem lhes parece “inteiros e completos”. Na lógica fálica, os outros têm tudo, enquanto eu tenho que aceitar a realidade da castração, da incompletude e da falta. “A grama do vizinho é sempre mais verde do que a minha” é a expressão que permeia as redes sociais atualmente, em uma constante busca por aquilo que tem o brilho fálico da perfeição. A percepção da diferença entre os corpos representa simbolicamente a perda narcísica de saber que não se pode ter e ser tudo ao mesmo tempo, de que sempre seremos seres incompletos.

Autores como Karen Horney, Robert Stoller e Silvia Bleichmar, por sua vez, salientaram que a feminilidade da menina não é um processo identificatório tão longo e sinuoso como afirmava Freud, em comparação ao do menino. Tais autores apontaram a existência de um estágio mais precoce de desenvolvimento das identidades, que se dá desde o início da vida na ligação da criança com sua mãe. De forma diferente do conceito freudiano, a primazia do falo, na verdade, seria a primazia do seio, como atributo feminino que uma criança deseja primariamente possuir, indicando a existência de uma feminilidade primária.

Horney foi uma das principais críticas à ideia de que as mulheres se sentem em desvantagem por terem uma vagina e não um pênis, afirmando que desde muito cedo as meninas exploram e reconhecem o seu órgão genital. Pontua ainda que, na masturbação genital feminina, é muito mais comum a escolha pelo clitóris do que pela vagina, contrariando a norma freudiana que determina o prazer clitoriano como infantil e imaturo.

De forma contundente, Melanie Klein é uma das principais autoras que amplia o conceito de complexo de Édipo nos moldes freudianos para o complexo de Édipo precoce. Ao pensar o complexo sob uma ótica mais simbólica e metafórica, a autora descreve o Édipo como uma dinâmica de inclusão/exclusão, presença/ausência, o que torna possível percebê-lo desde a época do desmame do bebê, por volta dos seis meses de idade. Em Klein, a castração freudiana vinculada ao medo narcísico de perder o pênis é deslocada para o medo da perda do objeto amoroso, simbolicamente chamado de “seio”.

Klein, ao concordar com Horney, afirma que já haveria nos seres humanos, desde o início da vida, uma vivência do pênis e da vagina. Para Klein, o feminino está associado ao mundo interno por uma questão anatômica. Como os órgãos genitais femininos são para dentro do corpo e implicam uma receptividade, o mundo da mulher seria voltado para dentro e para o subjetivo, fazendo a associação entre o aspecto feminino e o mistério. Klein destaca o aspecto de receptividade do feminino – e não o de passividade, tal como postulava Freud.

O conceito de complexo de Édipo continua sendo o principal ponto teórico da teoria psicanalítica, não somente ao que se refere à constituição da alteridade, mas também às ligações

libidinais que cada sujeito estabelecerá com os objetos de seu mundo. As diferenças genitais retratam a experiência de alteridade, de unidade, de sermos únicos e, portanto, solitários. Lidar com tal dimensão emocional de perda narcísica é o que garante ao sujeito viver no mundo, nem acima, nem abaixo, mas ao lado de seus objetos amorosos.

Na análise de seus casos clínico, esta tese apresentou três aspectos encontrados na clínica das disfunções sexuais femininas, os quais representam tanto o modo de funcionamento mental quanto as problemáticas das mulheres estudadas: *problemáticas libidinais*, *problemáticas narcísicas* e *problemáticas culturais*.

No primeiro caso clínico, o de Cristina, que se refere às *problemáticas libidinais*, apresento um caso de colorido edipiano em que uma menina pequena, enredada pela mãe dominadora, não pôde vivenciar minimamente o amor pelo pai de forma especial. As fantasias edipianas, que normalmente são recheadas de prazer, também são aquelas que geram conflitos, ainda mais quando há uma mãe que castra toda e qualquer possibilidade de aproximação com a figura paterna. A atitude repressora materna reforça ainda mais a ideia de que tais fantasias edipianas devem ser extintas, por não serem apropriadas.

A experiência de asco e repugnância em relação ao ato sexual é comum em mulheres com vaginismo, sendo representada no caso clínico, em que um forte erotismo sentido em seu excesso como desprazeroso se transforma, por meio do mecanismo de defesa do recalque, em emoções contrárias e, portanto, repugnantes. Por essa razão, foi importante retomar a interessante contradição humana em que o indivíduo, apesar de buscar incessantemente por situações de prazer, muitas vezes se vê impedido de gozá-las em decorrência de conflitos relacionados à culpa, vergonha e moralidade. O mecanismo de recalque passa a ser acionado para proteger a mente humana dos conteúdos desprazerosos infantis que tais conflitos podem causar.

Cristina é impedida de ser “a princesa do papai”, mas ao mesmo tempo é tomada pela mãe como a filha que deverá ser o objeto de suas realizações. Com o pai fora de cena, a mãe estimula o narcisismo da filha, fazendo-a acreditar ser o universo que gira ao redor de sua mãe. O prazer de satisfazer às demandas da mãe foi gratificante para Cristina, mas também a fez ficar enredada na condição de ser sempre o objeto de amor do outro. O medo vinculado à possibilidade de perder o amor materno, caso direcionasse seu amor para o pai, fez com que Cristina abandonasse radicalmente seus desejos edípicos, não deixando sequer um rastro deles que pudesse ser resgatado em sua vida sexual adulta. Assim, em um eterno compromisso com a mãe, Cristina não podia se relacionar intimamente com mais ninguém.

Somente quando ela passou a se descolar e a se contrapor sutilmente à mãe é que foi possível entrar em contato com o universo de fantasias e desejos escondidos que a privavam do encontro com sua sexualidade. Nesse momento, Cristina já não sentia tal atitude como agressiva e destrutiva, de modo que poderia competir de forma saudável com a mãe em busca de sua feminilidade. Competir com a mãe já não significava “matar” a mãe.

No segundo caso clínico é apresentado o caso de Julia, cujos aspectos são referentes às *problemáticas narcísicas*. O exemplo de Julia apresenta questões envolvidas nos casos de vaginismo em que há um sintoma físico gerador de uma angústia tão intensa que esta se aproxima da angústia de morte. Para algumas mulheres, o medo de ser penetrada é sentido tal como um arrombamento, uma ruptura tão intolerável que o corpo não será capaz de suportar.

O complexo de perfuração – conceito criado por Marie Bonaparte, autora psicanalítica da década de 20 – parece retratar de forma bastante aproximada a angústia de invasão pertencente às mulheres com vaginismo. Com uma visão mais biológica acerca dos fenômenos psíquicos, Bonaparte teve seus textos criticados pela comunidade psicanalítica da época. No entanto, suas ideias sobre o complexo de perfuração, quando compreendidas sob o prisma de uma psicanálise mais contemporânea, puderam contribuir significativamente para o entendimento das angústias mais arcaicas das mulheres com vaginismo.

A mulher, ao imaginar ser penetrada por um pênis, sente que seu corpo está sob risco de dilaceramento e morte. A integridade narcísica do eu estaria em risco diante da possibilidade de efração do corpo, gerada pela ameaça de um pênis destruidor. Há uma relação do complexo de perfuração com o narcisismo, pois a ferida não é sentida como uma ameaça ao corpo, mas sim ao eu. Por essa razão, justifica-se atribuir casos como o de Julia ao grupo que denominei de *problemáticas narcísicas*.

Quando nos afastamos do olhar biológico proposto por Bonaparte, é possível compreender o complexo de perfuração pela natureza penetrável do corpo humano, que se apresenta desde o início da vida aberto para as influências do adulto cuidador. O bebê, dado seu estado de desamparo, encontra-se aberto ao mundo e a todos os estímulos que dele provêm. A teoria da sedução generalizada de Laplanche utilizada neste trabalho visualiza o medo da penetração do corpo; no caso das mulheres com vaginismo, pode ser compreendido como uma tradução específica frente à situação de passividade originária do início da vida. Ser tomada, levada e penetrada por um outro desperta angústia e fortes resistências. Estar à mercê do outro é fonte de terror e desespero.

Julia sentia qualquer possibilidade de ruptura ou ferimento do corpo como terrível, como sensação de morte. Em situações de conflito, ela também entrava em estado de angústia

profunda, o que a levava a várias crises de ansiedade. A capacidade de conter suas angústias sempre foi muito pequena, tal como se não houvesse uma mente continente capaz de dar conta dessa tarefa. Na relação com a figura materna, Julia foi levada a preencher as faltas da mãe, que projetava na filha todas as suas necessidades afetivas. Com um pacto de completude narcísica difícil de ser rompido com a mãe, Julia apresenta um caso de difícil aquisição da alteridade e de constituição do eu.

Resta evidente que há uma problemática edípica no caso Julia, assim como no caso de Cristina. Mas Julia apresenta primeiramente uma dificuldade na constituição do eu, o que leva, posteriormente, a uma vivência edípica problemática e muito mais difícil de ser elaborada. Quando o desenvolvimento do eu e o narcisismo não foram desenvolvidos a contento, o Édipo será vivido com mais impasses e sofrimento. As mulheres com vaginismo, antes de terem sexo com seus parceiros, parecem carecer de amor. Precisam viver antes o amor primário, que lhes garante uma melhor estruturação do eu, para só depois então estarem prontas para o sexual.

No terceiro e último caso clínico, no de Patrícia, apresento uma *problemática cultural* que retrata os aspectos históricos de apagamento do órgão genital feminino, algo que perdurou durante séculos. A influência cultural de uma sociedade patriarcal sobre a sexualidade feminina deixa suas marcas na forma como o órgão genital da mulher foi percebido apenas como o orifício vaginal. A vulva, que compreende todo o órgão sexual feminino externo, é formada não só pela vagina, mas pelo monte de vênus, grandes e pequenos lábios e também pelo clitóris, que é o órgão responsável pelo prazer feminino. Mas como a capacidade de procriação foi sempre sobreposta à função de prazer para as mulheres, o único órgão feminino digno de ser ressaltado na cultura parece ter sido a vagina.

A negação da vulva pela cultura patriarcal é antiga. A ideia de que o sexo da mulher é representado apenas por um orifício que precisa ser completado por um pênis foi sustentada por muitos séculos por diversos autores e cientistas. Portanto, a mulher viveu durante um longo tempo sem um registro simbólico que representasse na cultura seu órgão genital completo. O órgão genital da reprodução foi desde sempre reconhecido e nunca apagado, mas o do prazer foi sempre negado.

A partir dos movimentos religiosos vinculados à igreja cristã surgiram intensas restrições ligadas à sexualidade feminina, sendo que a mulher passou a ser vista como um ser pecaminoso, a antítese do divino. Neste sentido, reprimir a sexualidade da mulher sempre esteve diretamente associado aos momentos históricos de maior conservadorismo e de pouco destaque da mulher na sociedade. O esquecimento do clitóris em textos, livros e trabalhos

científicos está relacionado a períodos de maior controle sobre a mulher, sobretudo àqueles em que ela é associada à figura santa da maternidade e, portanto, uma figura dessexualizada.

Registros e documentos antigos mostram, porém, que no passado longínquo diversas culturas destacavam a importância da vulva como órgão relativo à força de inspiração feminina. Rituais que representavam a vulva como símbolo sagrado – fosse para a realização de pedidos, para vencer o diabo ou para proteção contra maus espíritos – foram comuns em sociedades antigas, mas ficaram esquecidos por muitos séculos.

Apenas após os importantes movimentos feministas do século XX a vulva tem sido reconhecida novamente. Não somente por meio da arte e da cultura tem havido uma restituição do lugar simbólico da vulva na atualidade, mas também de trabalhos como este, em que o órgão genital feminino aparece como central no sintoma de mulheres que demandam pela reapropriação de sua sexualidade.

É curioso notar o interesse que tem ocorrido nos últimos anos pelas obras de antigas psicanalistas. Trata-se de mulheres que figuraram no início da psicanálise, tais como Marie Bonaparte e Karen Horney, que apresentaram ideias diferentes daquelas preconizadas por Freud sobre a sexualidade feminina e que foram relegadas à obscuridade durante o último século no âmbito da teoria psicanalítica. Com o surgimento na atualidade de debates em torno das questões de gênero e, principalmente, da sexualidade feminina, tais autoras voltaram à cena psicanalítica, demonstrando que a teoria psicanalítica ainda clama por renovação.

Freud buscou responder às questões pertencentes ao seu tempo histórico, assim como os psicanalistas de hoje necessitam compreender o que se passa na atualidade. A psicanálise é criação de um homem e, em seu início, quase todos aqueles que contribuíram para o seu desenvolvimento também eram homens. Na história inicial da teoria, parece ter sido dado um lugar de pouco destaque às psicanalistas, fato que, com o passar do tempo, tem se modificado diante das importantes mudanças do papel da mulher na sociedade, em todos os setores.

O caso clínico de Patrícia demonstrou um trabalho que ultrapassa a técnica psicanalítica clássica, com a presença de uma psicanálise ontológica de reconhecimento psíquico e simbólico de seu ser feminino. Por intermédio da visualização de livros e de figuras que retratavam a vulva, foi possível entrar em contato com dificuldades e angústias do ser feminino de Patrícia que, buscando um novo modelo identificatório, encontra na terapeuta alguém com quem pudesse construir seu verdadeiro modo de ser feminino.

A relação terapêutica é constituída, sobretudo, de intimidade. Ogden, um dos grandes representantes da psicanálise contemporânea, com base nas ideias de Winnicott e Bion, ressalta que a *psicanálise ontológica* está relacionada à luta de cada um por se tornar mais pleno e, as

experiências, mais reais e vivas. A experiência de estar verdadeiramente com o paciente está na base da psicanálise ontológica. Na sobreposição das vivências do analista e do analisando em sessão é que se desenvolve a capacidade de brincar e de criar algo novo.

A falta de intimidade com o próprio corpo, aspecto presente em Patrícia e também em outras tantas pacientes, revela uma falta de intimidade com a figura materna, estando esta distante demais para as demandas femininas da filha. Só a mãe que tiver encontrado seu lugar como mulher estará em condições de, além de amar a filha, abrir-lhe caminho para a criação de uma identidade feminina para si própria.

O medo de Patrícia de encontrar em si um órgão genital “doente, problemático e imperfeito” somente foi superado ao compartilhar essa tarefa com outra mulher, a terapeuta, que pôde reconhecer e validar a feminilidade que ali estava. “Quando olho, sou visto! Logo existo!” afirmava Winnicott para mencionar que nas relações íntimas reconhecemo-nos por meio dos olhos dos outros. Assim, o olhar de asco e repúdio acerca de seu órgão sexual, expressado pela mãe no episódio do acidente, foi substituído pelo reconhecimento de uma jovem mulher, capaz de despontar em toda a sua capacidade feminina e erótica.

Por meio desta pesquisa foi possível compreender que os casos de vaginismo por mim atendidos têm os seguintes pontos semelhantes com a estrutura histérica:

1. Uma relação contraditória com o prazer sexual, em que há um sintoma físico como manifestação de um sintoma psíquico;
2. As dificuldades identificatórias quanto ao feminino, principalmente relativas à figura materna, dão origem a uma frágil imagem narcísica;
3. Processos identificatórios apoiados na bissexualidade, buscando nas mulheres a imagem ideal do que é ser mulher;
4. A constante insatisfação da histérica, que está identificada como alguém que “não tem algo”, fantasiando que a melhor maneira de não perder o desejo é nunca o satisfazer;
5. A presença de uma importante ferida narcísica, que fixa o sujeito na fase fálica, em um território povoado por seres fálicos ou castrados.

Apesar de a histeria ter sido utilizada como estrutura diagnóstica para essa pesquisa, entendo que as primeiras dificuldades na constituição do eu, as quais antecedem a fase fálica, deixam importantes marcas no psiquismo. A experiência de passividade, de dependência e de aquisição da alteridade podem interferir nas vivências sexuais e de penetração do corpo. A posição de passividade é inerente à condição humana, pois está na base das primeiras relações do bebê com sua mãe. Ser dependente e completamente passivo ao que vem do outro marca as primeiras experiências de vida, tanto de mulheres quanto de homens, deixando suas impressões

sobre o quanto posso “me abrir para que o outro possa entrar” em minha vida. A natureza orifical do corpo e, conseqüentemente, da mente humana, parece ser um dos pontos traumáticos fundamentais nas mulher por mim estudadas.

Sejam as experiências narcísicas, edípicas ou culturais, todas elas marcam profundamente a forma de ser e estar do sujeito no mundo. A natureza ambivalente e paradoxal humana parece sempre ter como pano de fundo as vivências sexuais, que apesar de prazerosas, vêm acompanhadas de profundas experiências de angústia, sensações de morte e culpa. A sexualidade no século XXI ainda pode ser considerada o traumático, com afirmava Freud há mais de um século.

REFERÊNCIAS

- ABDO, Carmita; OLIVEIRA, Waldemar; MOREIRA, Edson; FITTIPALDI, João. A prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research – Nature**. London, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004.
- ALONSO, Silvia Leonor. Prefácio. *In*: ALONSO, Silvia Leonor; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 13-19.
- ALONSO, Silvia Leonor. **O tempo, a escuta, o feminino**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- ALONSO, Silvia Leonor; FUKS, Mario Pablo. **Histeria**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- AMBRA, Pedro; SILVA JR., Nelson. **Histeria e Gênero**. São Paulo: nVersos, 2014.
- AMBROGINI, Carol. **Significado do termo “vaginismo” para as mulheres com esta disfunção**. 2016. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMORIM, Patrícia Mafra. **Karen Horney, o feminismo e a feminilidade: um desmentido na história da psicanálise**. 2021. 135 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.
- AMORIM, Patrícia Mafra; BELO, Fabio Roberto Rodrigues. A monogamia em Karen Horney: considerações acerca das construções psicanalíticas sobre feminilidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 246-268, 2020.
- ANDRÉ, Jacques. **As origens femininas da sexualidade**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- ANZIEU, Didier. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- BARDELLA, Ana. Carol Kasting cria vulvas de cerâmica; veja mais obras que retratam o órgão. Mulheres inspiradoras. **Universa UOL**. 11 out. 2021. Disponível em: www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/10/11/carol-kasting-cria-vulvas-de-ceramica-veja-mais-obras-sobre-corpo-feminino.htm. Acesso em: 23 jul. 2023.
- BASSON, Rosemary. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, n. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

BÉJIN, André. Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. *In*: ARIÉS, Philippe; BÉJIN, André. **Sexualidades Ocidentais**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 210-235.

BION, Wilfred. (1962). **Aprender da experiência**. São Paulo: Blucher, 2021.

BION, Wilfred. **Estudos psicanalíticos revisados**. Trad. Wellington M. de Melo Dantas. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BIRMAN, Joel. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Editora 34, 1999.

BLEICHMAR, Silvia. A identidade sexual: entre a sexualidade, o sexo e o gênero. Trad. Maria Cristina Perdomo e Rogéria Coutinho Brandani. **Boletim Formação em Psicanálise**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 91-104, 2022.

BOLLAS, Christopher. **Hysteria**. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2000.

BOLLAS, Christopher. **A sombra do objeto**: psicanálise do conhecido não pensado. Trad. Fátima Marques. São Paulo: Escuta, 2015.

BONAPARTE, Marie. (1936). Observações paleobiológicas e biopsíquicas. *In*: BONAPARTE, Marie. **Sexualidade feminina**: contribuições para a psicanálise. Trad. Sarug Ribeiro e Fabio Belo. São Paulo: Zagodoni, 2022. p. 21-29.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. (1893). Estudos sobre a histeria. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição Standard Brasileira. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

CANUTO, Angela. **Aprendendo com Hipócrates**: aspectos da história da medicina. Maceió: Edufal, 2009.

CARDOSO, Jaqueline Pinto. **Anorexia e identificação**: um modelo epidemiológico em psicanálise. 2016. 217 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

CASTELO FILHO, Claudio. **Sobre o feminino**: reflexões psicanalíticas. São Paulo: Blucher, 2018.

CATANI, Julia. **O que tratar quer dizer**: construções da psicanálise diante dos transtornos somatoformes, sintomas somáticos e sofrimentos psíquicos e corporais. 2018. 288 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CINTRA, Maria Elisa de Ulhoa; FIGUEIREDO, Luís Claudio. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2010.

DOR, Joel. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Trad. Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre Editores, 1991.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM - IV. Breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011.

FARO, Livi Ferreira Testoni. **As disfunções sexuais femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FENDRIK, Silvia. **Santa anorexia: viagem ao país do nunca comer**. Trad. Vera Alejandra Biglione. São Paulo: Via Lettera, 2003.

FERRAZ, Flavio Carvalho. Das neuroses atuais à psicossomática. **Percorso – Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 35-42, 1996.

FERRAZ, Flavio Carvalho. O primado do masculino em xeque. *In*: ALONSO, Silvia; BREYTON, Danielle Melanie; ALBUQUERQUE, Helena. **Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura**. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008. p. 57-71.

FINGERMANN, Dominique Touchon. O que é um corpo? Como responde a psicanálise? *In*: TEPERMAN, Daniela; GARRAFA, Thais; IACONELLI, Vera. **Corpo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 25-38.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREUD, Sigmund. (1888). Histeria. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 35-51.

FREUD, Sigmund. (1895). O projeto de uma psicologia para científica. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 213-305.

FREUD, Sigmund. (1896). Carta 52. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 176-179.

FREUD, Sigmund. (1897). Carta de 25 de maio de 1897. *In*: MASSON, Jeffrey Moussaieff (Ed.) **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 246-249.

FREUD, Sigmund. (1897). Carta de 21 de setembro de 1897. *In*: MASSON, Jeffrey Moussaieff (Ed.) **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 265-267.

FREUD, Sigmund. (1900). A interpretação dos sonhos. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 77-150.

FREUD, Sigmund. (1908). As fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 86-91.

FREUD, Sigmund. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 112-122.

FREUD, Sigmund. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 10. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 03-91.

FREUD, Sigmund. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 67-73.

FREUD, Sigmund. (1912). A dinâmica da transferência. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 60-66.

FREUD, Sigmund. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 44-64.

FREUD, Sigmund. (1915). Instintos e suas vicissitudes. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 67-84.

FREUD, Sigmund. (1915). Recalque. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 85-94.

FREUD, Sigmund. (1917). Luto e melancolia. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 140-153.

FREUD, Sigmund. (1918). O tabu da virgindade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 116-128.

FREUD, Sigmund. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 43-90.

FREUD, Sigmund. (1923). O ego e o id. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 03-41.

FREUD, Sigmund. (1923). A organização genital infantil. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 83-87.

FREUD, Sigmund. (1923). Dois verbetes de enciclopédia. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 151-168.

FREUD, Sigmund. (1925). Algumas consequências psicológicas da diferença anatômica dos sexos. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 144-154.

FREUD, Sigmund. (1930). O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 39-92.

FREUD, Sigmund. (1932). Conferência XXXI – Dissecção da personalidade psíquica. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 40-55.

FREUD, Sigmund. (1933). Feminilidade. Conferência XXXIII. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 76-92.

GABBARD, Glen. Disguise or consent: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 81, n. 6, p. 1071-1086, 2000.

GOLDSTEIN, Marcia Schivartche. **A Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa psicanalítica com material clínico de paciente**. 2020. 420 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

GREEN, André. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GREEN, André. Sexualidade tem algo a ver com psicanálise? **International Journal of Psychoanalysis**, v. 76, n. 5, p. 217-229, 1995.

HORNEY, Karen. **Psicologia feminina**. Trad. Talita Rodrigues. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

IRVINE, Janice. **Disorders of desire: sexuality and gender in modern sexology**. Philadelphia: Temple University Press, 2005.

- KAPLAN, Helen Singer. **Disorders of sexual desire**. New York: Simon and Schuster, 1979.
- KLEIN, Melanie. (1926). Os estágios iniciais do conflito edipiano e da formação do superego. *In: KLEIN, Melanie. A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 173-202.
- KLEIN, Melanie. (1926). Fundamentos psicológicos da análise de crianças. *In: KLEIN, Melanie. A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 25-39.
- KLEIN, Melanie. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. *In: KLEIN, Melanie. Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 20-43.
- KRAFFT-EBING, Richard. (1886). **Psychopathia Sexualis**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LAPLANCHE, Jean. (1980). **Castração: simbolizações**. Problemáticas II. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- LAPLANCHE, Jean. (1987). **Novos fundamentos para a psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LAPLANCHE, Jean. (2001). A partir da situação antropológica fundamental. *In: LAPLANCHE, Jean. Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Trad. Vanise Dresch e Marcelo Marques. Porto Alegre: Dublinense, 2018. p. 103-115.
- LAPLANCHE, Jean. (2005). Os três ensaios e a teoria da sedução. *In: LAPLANCHE, Jean. Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006*. Trad. Vanise Dresch e Marcelo Marques. Porto Alegre: Dublinense, 2018. p. 232-246.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulário de psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- LATTANZIO, Felipe Figueiredo; RIBEIRO, Paulo de Carvalho. Recalque originário, gênero e sofrimento psíquico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 507-517, 2012.
- LEVY, Ruggero. Intimidade. O dramático e o belo no encontro e desencontro com o outro. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 111-132, 2017.
- MACEDO, Heitor O'Dwyer. O caráter traumático da sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 3, n. 1, p. 131-138, 1998.
- MARTINS, Nereida Soares. A maldição das filhas de Eva: uma história de culpa e repressão ao feminino na cultura judaico-cristã. *In: ENCONTRO ESTADUAL DA ANPUH - HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA: ENTRE O NACIONAL E O REGIONAL*. 13., 2008, Guarabira, PB. Universidade Federal da Paraíba. **Anais [...]**. ANPUHPB, 2008, p. 1-10.
- MARTY, Pierre. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. (1966). **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. **A incompetência sexual**: suas causas, seu tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

MCDOUGALL, Joyce. **As múltiplas faces de Eros**: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MCDOUGALL, Joyce. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. 3. ed. São Paulo: Editora WMF/Martins Fontes, 2013.

MEISSNER, William Walter. Studies on hysteria: Frau Emmy von N. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 45, n. 1, p. 1-19, 1981.

MELMAN, Charles. **Novas formas clínicas no início do terceiro milênio**. Porto Alegre: Ed. CMC, 2003.

MENDONÇA, José Lorenzato. Breve história da psicossomática: da pré-história à era romântica. **RMMG – Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 119-125, 2004.

MEZAN, Renato. Que tipo de ciência é, afinal, a psicanálise? *In*: MEZAN, Renato. **O tronco e os ramos**. São Paulo: Blucher, 2019. p. 543-575.

MIGUELEZ, Nora Beatriz Susmansky. **Complexo de Édipo hoje?** Belo Horizonte: Editora Artesã, 2019.

MILLER, Jacques-Alain. **Breve introducción al más allá del Edipo**. Buenos Aires: Paidós, 2005.

MINERBO, Marion. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016.

MINERBO, Marion. **Neurose e não neurose**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

NAFFAH NETO, Alfredo; CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 33-50, 2012.

OGDEN, Thomas. (1994). O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. *In*: OGDEN, Thomas. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 57-92.

OGDEN, Thomas. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. *In*: OGDEN, Thomas. **Esta arte da psicanálise**: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 121-138.

OGDEN, Thomas. Sobre três formas de pensar: o pensamento mágico, o pensamento onírico e o pensamento transformativo. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.193-214, 2012.

OGDEN, Thomas. Psicanálise ontológica ou “O que você quer ser quando crescer?”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 23-45, 2020.

OLIVEIRA, Paula Affonso; NICOLAU, Roseane Freitas. Feminino em questão: diálogos contemporâneos entre psicanálise e feminismo. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. Especial 2, p. e8974, 2020.

PAPPENHEIM, Else. Freud and Gilles de la Tourette: diagnostic speculations on “Frau Emmy von N.”. **International Review of Psychoanalysis**, v. 7, n. 3, p. 265-277, 1980.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. **Revista Latinoamericana em Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 379-386, 2009.

PERSON, Ethel; OVESEY, Lionel. Teorias psicanalíticas da identidade de gênero. Trad. Monica Seincman e Eduardo Seincman. *In*: CICCARELLI, Paulo Roberto (org.). **Diferenças sexuais**. São Paulo: Escuta, 1999. p. 121-150.

PORCHAT, Patricia. **Psicanálise e transexualismo**. Curitiba: Juruá, 2014.

RASSIAL, Jean Jacques. **O sujeito em estado limite**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

REICHARD, Suzzane. A re-examination of Studies in Hysteria. **Psychoanalytic Quarterly**, v. 25, n. 2, p. 155-177, 1956.

RIBEIRO, Paulo de Carvalho. O sexual, o fálico e o orificial a partir da teoria de sedução generalizada. **Percursos - Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 56/57, p. 105-112, 2016.

RIBEIRO, Marina. Da identificação projetiva ao conceito de terceiro analítico de Thomas Ogden: um pensamento psicanalítico em busca de um autor. **Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2020.

RIBEIRO, Sarug Dagir. **Com LaPlanche, ler Marie Bonaparte**: contribuições à psicanálise. 2020. 115 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

RIBEIRO, Sarug Dagir; BELO, Fábio. Complexo de perfuração: uma interpretação a partir da teoria de sedução generalizada. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, n. 22, v. 3, p. 584-605, 2019.

ROBINSON, Paul. **The modernization of sex**. Ithaca: Cornell University Press, 1976.

ROSAL, Anna Silvia Rosal. **Refúgio**: um mal-estar contemporâneo. A experiência dos sírios em São Paulo. 2022. 203 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

RUBIN, Claudio Eduardo. Entre a neuropatologia de Charcot e a psicologia de Bernheim: considerações sobre a hipnose nos primórdios da pesquisa freudiana. **Revista Natureza Humana**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 102-127, 2017.

RUSSO, Jane; ROHDEN, Fabíola; TORRES, Igor; FARO, Livi. O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 617-636, 2009.

SAVOIA, Paolo. Sexual science and self-narrative: epistemology and narrative technologies of the self between Krafft-Ebing and Freud. **History of the Human Science**, v. 23, n. 5, p. 17-41, 2010.

SCHMITZ, Erik Dorff. Uma breve história da histeria: da antiguidade até os tempos atuais. **Revista Mosaico**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 227-238, 2021.

SENA, Tito. Os relatórios Kinsey: práticas sexuais, estatísticas e processos de normali(ti)zação. *In*: FAZENDO GÊNERO – DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis, SC. **Anais [...]**, UFSC, 2010.

SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 221-239, 2010.

SILVA JR., Nelson; AMBRA, Pedro. Histeria, patologia de gênero. *In*: SILVA JR., Nelson; AMBRA, Pedro (orgs.). **Histeria e gênero: sexo como desencontro**. São Paulo: nVersos, 2014. p. 269-281.

SILVA, Tayla Souza. **O feminino encarcerado: da violência patriarcal à violência institucional**. 2013. 117 f. Monografia (Bacharelado em Direito) – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SOUZA, Clara Amarante. **Sexualidade, feminismos e psicanálise: diálogo entre Freud e Karen Horney**. 2022. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

STENNER, Andréia da Silva. A identificação e a constituição do sujeito. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 54-59, 2004.

STOLLER, Robert. A contribution to the study of gender identity. **International Journal of Psychoanalysis**, n. 45, p. 220-226, 1964.

STRÖMQUIST, Liv. **A origem do mundo: uma história cultural da vagina ou a vulva vs. o patriarcado**. Trad. Kristin Lie Garrubo. 1. ed. São Paulo: Quadrinhos na Cia, 2018.

TELLES, Sergio. Psicanálise em debate. A origem do mundo. **Psychiatry on line Brasil**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em: www.polbr.med.br/ano13/psi0313.php. Acesso em: 31 jul. 2023.

THORSTENSEN, Sonia. **Trabalhos psíquicos na conjugalidade: a indisponibilidade sexual da mulher com queixa sexual**. 2016. 369 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa

de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

WINNICOTT, Donald Woods. (1945). O desenvolvimento emocional primitivo. *In*: WINNICOTT, Donald Woods. **Obras escolhidas**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, Donald Woods. (1956). Preocupação materna primária. *In*: WINNICOTT, Donald Woods. **Obras escolhidas**: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

WINNICOTT, Donald Woods. (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ZIZEK, Slavoj. O superego pós-moderno. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 maio 1999, Caderno Mais!, p. 5-7.

ZORDAN, Paola Basso Menna Barreto Gomes. Bruxas: figuras de poder. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 331-341, 2005.