

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SUSANA DE OLIVEIRA PIMENTA

A MORTE DE UM FILHO PARA UMA MÃE: LUTO, MELANCOLIA E
IDENTIFICAÇÃO

CURITIBA
2014

SUSANA DE OLIVEIRA PIMENTA

A MORTE DE UM FILHO PARA UMA MÃE: LUTO, MELANCOLIA E
IDENTIFICAÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa de Psicologia Clínica, Programa de Mestrado em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Virginia Filomena Cremasco

CURITIBA
2014

Catálogo na publicação
Fernanda Emanóelia Nogueira – CRB 9/1607
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Pimenta, Susana de Oliveira

A morte de um filho para uma mãe : luto, melancolia e identificação /
Susana de Oliveira Pimenta – Curitiba, 2014.

122 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Virginia Filomena Cremasco
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas
da Universidade Federal do Paraná.

1. Psicanálise. 2. Psicologia clínica. 3. Luto - Aspectos psicológicos.
4. Morte - Aspectos psicológicos. 5. Mães e filhos. 6. Maternidade.
7. Melancolia. I. Título.

CDD 155.937



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA



SUSANA DE OLIVEIRA PIMENTA

"A MORTE DE UM FILHO PARA UMA MÃE: LUTO, MELANCOLIA E IDENTIFICAÇÃO".

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR – Universidade Federal do Paraná, e aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora abaixo assinada.

Prof.ª Dr.ª Maria Virginia Filomena Cremasco
Universidade Federal do Paraná
Professora orientadora

Prof.ª Dr.ª Sonia Alberti
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Professora titular

Prof.ª Dr.ª Débora Patrícia Nemer Pinheiro
Universidade Positivo
Professora titular

Curitiba, 28/03 de 2014.

DEDICATÓRIA

Para minha família, amigos e colegas de trabalho.

AGRADECIMENTO

À CAPES e ao programa Reuni pelos dois anos de bolsa que possibilitaram o desenvolvimento do presente trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Psicologia da UFPR, que trabalham para a organização, manutenção e crescimento do programa.

À Profa. Dra. Maria Virginia Filomena Cremasco, por todo o investimento, suporte e orientação ao longo dessa jornada.

Às Profas. Dras. Sonia Alberti e Debora Patricia Nemer Pinheiro, pelo pronto aceite do convite para participar da banca e pelas valiosas críticas e contribuições ao trabalho.

Ao grupo de pesquisa do projeto “Luto e trauma: apontamentos clínicos”, pelas discussões e construções teórico-clínicas.

Ao meu companheiro, Fernando, pelo amor, suporte e companheirismo ao longo de todo o período de desenvolvimento do trabalho.

Aos meus amigos, Dhyone e Ralf, pelas infindáveis conversas e trocas sobre este árduo tema.

Aos meus pais, Jaciângela e Ney, por mais do mesmo apoio e incentivo de sempre.

Quem é essa mulher
Que canta sempre esse estribilho?
Só queria embalar meu filho
Que mora na escuridão do mar
Quem é essa mulher
Que canta sempre esse lamento?
Só queria lembrar o tormento
Que fez o meu filho suspirar
Quem é essa mulher
Que canta sempre o mesmo arranjo?
Só queria agasalhar meu anjo
E deixar seu corpo descansar
Quem é essa mulher
Que canta como dobra um sino?
Queria cantar por meu menino
Que ele já não pode mais cantar
Quem é essa mulher
Que canta sempre esse estribilho?
Só queria embalar meu filho
Que mora na escuridão do mar

“Angélica” de Chico Buarque de Hollanda, 1977 (Composição de Chico Buarque que homenageia a estilista Zuzu Angel, mãe do militante Stuart Angel Jones desaparecido e morto durante a Ditadura Militar. Zuzu acabou também assassinada, em 1976, quando tentava descobrir o paradeiro do corpo de seu filho morto, pois queria enterrá-lo).

RESUMO

O tema que embasa este trabalho tem origem na inserção das autoras, em 2010, em um grupo de apoio a enlutados majoritariamente composto por mães que perderam filhos. A escuta da narrativa dessas mães suscitou diversos questionamentos acerca da “dor que não tem nome”, conforme definida pelas participantes do grupo. A perda de um filho, objeto de amor de grande investimento libidinal, produz nas mães muita tristeza e pouca perspectiva de reconstruírem suas vidas. A aproximação e o atendimento clínico dessas mães convocaram à investigação das questões implicadas nesse sofrimento, com vistas a contribuir com o constante processo de desconstrução e construção da clínica psicanalítica. Justifica-se esse trabalho pela riqueza contemplada nas pesquisas psicanalíticas que surgem da escuta clínica. O tema é de genuína relevância por ter partido de sujeitos que sofrem e demandam espaços de escuta. A intolerância ao tema da morte por parte da civilização humana tem fechado esses espaços para os que padecem da dor da perda, fato que apresenta reflexos no meio acadêmico: constatou-se pouca produção de base psicanalítica sobre o tema de mães que perdem filhos. O objetivo do presente trabalho foi o de compreender o sofrimento de mães que não concluem o luto pela morte de seus filhos. O método utilizado foi o teórico-clínico, haja vista que a questão investigada partiu da experiência clínica e que, *a posteriori*, foi feita uma análise da questão por intermédio da teoria psicanalítica de Freud e de autores psicanalistas contemporâneos que estudam o tema. Quanto aos resultados, o estudo abriu campo para compreender o sofrimento das mães que perderam filhos e que não concluíram o luto por sua morte conforme define Freud (1917), ou seja, não fizeram o desligamento das catexias do objeto perdido e o religamento em outro objeto. Essas mães se situam em um campo no qual a identificação com o filho foi e persiste sendo de ordem narcísica. Dessa forma, a sombra do filho recaiu sobre a mãe e ela adentrou no campo melancólico. A clínica com essas pacientes diz de uma ferida aberta diante da morte do filho que implica uma temporalidade específica que insiste em manter o evento da morte presente e que precisa ser reeditado a cada testemunho. O trabalho do analista parece ancorar-se na escuta do relato repetitivo e constante do evento da perda e na sustentação afetiva da mãe, com novas possibilidades de contornos e sombreamentos.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica. Maternidade. Luto. Melancolia. Identificação narcísica.

ABSTRACT

The theme that underlies this work is based on the insertion of the authors, in 2010, in a support group mostly composed by mothers who have lost their child. Listening to the narrative of these mothers brought up many questions about "the pain that has no name", as defined by the group participants. The loss of a child, a beloved object of great libidinal investment produces in the mother deep sadness and almost no perspective of rebuilding their lives. The approach and the clinical care of these mothers called our attention to investigate the issues involved in suffering, in order to contribute to the ongoing process of deconstruction and construction of psychoanalytic practice. This work is justified by the wealth contemplated in all psychoanalytic research that emerges from clinical listening. This topic has genuine relevance precisely because it comes from suffering people who demand spaces to be listened to. The intolerance to the theme of death by human civilization has closed these spaces for those who suffer from the pain of loss, a fact that has reflexes in university: it was found little psychoanalytic production on the theme of mothers who lost children. The intention of this study was to understand the suffering of mothers who don't complete the mourning from the death of their child. The method used was the theoretic and clinical, considering that the investigated issue came from clinical experience and was after analyzed through the Freudian psychoanalytic theory and current psychoanalytic authors who study this subject. As results, the study has opened the field to understand the suffering of mothers who lost their child and don't complete the mourning for his death as defined by Freud (1917). In other words, these mothers can't retract the cathexis from the lost object and relocate them in another object. These mothers are situated in a field in which the identification with the child is from a narcissistic order. Consequently, the shadow of the child rests with the mother and she enters in the melancholy field. The clinical practice with these patients shows the opening of a wound from the moment of the child's death. It seems like this practice involves a specific temporality, which insists on keeping the event of death, needing to be reissued. The analyst's work seems to be anchored in listening to the repetitive and constant reports connected to the loss event and give emotional support to the mother, with her new shapes and shading possibilities.

Key-words: Psychoanalytic clinic. Motherhood. Mourning. Melancholy. Narcissistic identification.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. MÉTODO.....	16
2. CAPÍTULO 1 – O LUTO E A MELANCOLIA SEGUNDO SIGMUND FREUD ...	20
3. CAPÍTULO 2 – IDENTIFICAÇÃO, INCORPORAÇÃO E CULPA	44
4. CAPÍTULO 3 – AS PULSÕES E A FERIDA NARCÍSICA	55
4.1. O FEMININO E A MATERNIDADE	65
5. CAPÍTULO 4 – UM POUCO ALÉM DE FREUD: DEPRESSÃO, LUTO E MELANCOLIA	73
6. DISCUSSÃO	94
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
8. REFERÊNCIAS	114
DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	120

1. INTRODUÇÃO

O luto, recentemente enquadrado pelo DSM V enquanto um transtorno mental de humor pode ser encontrado nos trabalhos de Freud como um trabalho que diz respeito a uma perda objetal. As palavras utilizadas nesta breve definição demandam, obviamente, maiores esclarecimentos. O luto, assim como a melancolia, são quadros clínicos que fizeram questão a Freud e que renderam discussões, amplas e curtas em alguns textos, ao longo de toda sua obra.

Em alguns de seus textos, Freud (1913; 1917a) dá ênfase no luto decorrente da perda em função da morte de um ente querido. Este enfoque dado por Freud é relevante para nós na medida em que este trabalho faz uma reflexão sobre o luto e a melancolia principalmente quando ligados à perda de pessoas queridas que foram de crucial importância para a vida psíquica da pessoa que sofreu a perda. Para não postergar a inserção de Freud no que já apresentei, a seguir lançarei mão de algumas ideias essenciais para conhecermos a temática apresentada e, logo em seguida, apresentarei a problematização que originou e que sustentará a construção deste trabalho.

No texto escrito em 1912, "Totem e Tabu", Freud faz um apanhado mitológico-histórico-cultural que retoma as formas como as tribos antigas cultuavam os mortos, mostrando que em algumas delas existia uma regra segundo a qual as viúvas e pais de filhos mortos, por exemplo, deveriam permanecer reclusos em locais distanciados de todas as pessoas durante meses para, exclusivamente, vivenciarem a sua perda.

Em seu texto "Luto e Melancolia", publicado cinco anos mais tarde, Freud (1917a) se dedica a tecer considerações a respeito do luto, que refere como a reação à perda de um ente querido ou de uma abstração que tenha ocupado o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de uma pessoa. O trabalho de luto é entendido por Freud (1917a) como sendo normal e passageiro, posicionando-se contrariamente à ideia de que seja uma condição patológica que deva ser submetida a tratamento médico, o que contraria o que está descrito no DSM V, quando o sofrimento ultrapassa duas semanas. A partir dessa compreensão, o autor entende que qualquer interferência no trabalho de luto pode ser inútil ou mesmo prejudicial.

Um passo adiante neste texto, Freud (1917a) se propõe a lançar luz a respeito da melancolia que pode se apresentar enquanto um prolongamento do trabalho de luto nos casos em que, para além da perda objetal, o sujeito¹ perde também algo de natureza mais ideal. Em outras palavras, o sujeito cujo luto se transforma em melancolia, não só perde um ente querido, perdendo juntamente com ele outras idealizações das quais não tem consciência.

Na melancolia, perde-se algo de ordem mais ideal. Comumente o sujeito não sabe o que é que se perdeu e oscila de um quadro depressivo para um quadro maníaco (tentativa de reagir) de forma cíclica (FREUD, 1917a). Diante dessa observação, Freud (1917a) se questiona a respeito do que é que faz com que o paciente fique tão mal diante de uma perda ideal, que o faz oscilar entre dois polos, quadro que, por vezes, desaparece espontaneamente sem deixar vestígios. As respostas encontradas são de teor complexo e imperativo e serão abordadas no presente trabalho. Contudo, antes de passarmos a isso, considero indispensável expor o que, diante do que foi apresentado até aqui, compõe a problemática que deu origem a este trabalho, de forma a situar o leitor. Para tanto, se faz necessário estabelecer o percurso teórico-prático que deu origem a tal problemática.

Ao longo dos anos de 2011 e 2012, frequentei semanalmente as reuniões do grupo de apoio a enlutados denominado “Amigos Solidários na Dor do Luto”. Minha participação neste grupo teve início no segundo semestre de 2010 por intermédio da demanda da organizadora do grupo, a Sra. Zelinda de Bona, de que a supervisora do presente trabalho (professora do Departamento de Psicologia da UFPR) pudesse acompanhar os encontros, tendo em vista seu aprofundamento no estudo do trauma. Até então, os enlutados não contavam com o acompanhamento de quaisquer profissionais durante as reuniões. O convite para participar dos encontros feito à professora demonstra o momento em que foi sentida a necessidade de incluir um outro, uma alteridade no grupo que pudesse escutar de um outro lugar o que ali era dito. Percebendo a importância do convite e o tendo aceitado, a supervisora estendeu-o a mim, aluna de Iniciação Científica na época, bem como a outros alunos envolvidos em seu campo de pesquisa visando abrir espaço para que o tema do luto ganhasse importância em termos de universidade e psicanálise. Passamos a

¹ O termo “sujeito” não é utilizado por Freud. Adotei esse termo na presente pesquisa por entender que remete a ideia de um indivíduo em diálogo com a psicanálise na contemporaneidade. A palavra sujeito advém do latim *subjectu*, que se traduz como ‘posto debaixo’. O sujeito se constitui na vontade dos outros, podendo tornar-se agente, fonte de atividade (FERREIRA, 2009).

frequentar o grupo e, desde então, a investigação acerca da experiência do luto tornou-se um grande disparador de questões para mim.

O grupo é aberto ao público e tem por objetivo acolher aqueles que estão sofrendo devido à perda de um ente querido. É de consenso do grupo que seu objetivo principal consiste em reunir semanalmente pessoas que passaram por experiências semelhantes para compartilharem suas histórias e se ajudarem.

Minha trajetória, enquanto estudante de psicologia e posteriormente como psicóloga e mestranda dentro do grupo, me permitiu estabelecer uma transferência com os integrantes, de forma que passei a poder discursar e colocar em formato de pergunta algumas de minhas questões dentro da temática do luto. A que me interessa compreender por intermédio do presente estudo é: do que se trata o sofrimento de mães que não concluem o luto² pela morte de seus filhos? Segundo Freud (1917a) a elaboração do luto consiste na descatexia libidinal do objeto perdido e na libertação dessa energia para ser investida em outro objeto. O que escutamos a partir da experiência com as mães que perderam seus filhos é a impossibilidade da libertação libidinal e da substituição objetual quando o investimento libidinal no filho é de ordem narcísica, questão que será debatida ao longo do trabalho.

O que pude observar a partir da experiência no grupo de apoio a enlutados desde que passei a frequentá-lo, e também a partir dos casos de mães enlutadas que tive a oportunidade de atender, é a evidência de um sofrimento intenso das mães que perderam seus filhos, que foram violentados e assassinados; que morreram por padecimento de alguma doença; ou que simplesmente morreram, sem explicação ao certo. Trata-se de um sofrimento que não pode ser nomeado e que, de alguma forma, parece atormentar cruelmente essas mulheres. As mães que perderam seus filhos parecem perder o foco de suas próprias vidas para investirem sua energia exclusivamente em sua dor pela perda.

O desenvolvimento do presente trabalho fez emergir a necessidade de investigar que tipo de investimento a mãe faz no filho, cuja perda pode conduzi-la a uma desestruturação completa. Chegou-se, então, à percepção de que o investimento feito é de cunho narcísico, e que o processo envolvido é o da identificação, processo que foi nomeado e vastamente discutido por Freud (1917a; 1921). A partir da ideia de que o estabelecimento das relações humanas se dá por

² De acordo com Freud (1917a), a término do luto se dá quando é concluída a descatexia libidinal do objeto perdido, bem como quando este objeto pode ser substituído por outro.

intermédio do mecanismo de identificação e de que a relação da mãe com o filho pode se pautar em uma identificação de ordem narcísica (FREUD, 1917c), lançamos a hipótese de que a identificação narcísica mãe-filho dificulta a conclusão do luto e acarreta em manifestações de sofrimento melancólico. Retomemos essa questão mais adiante, no capítulo 2.

O sofrimento das mães que perdem seus filhos por óbito parece não ter muitos espaços de acolhimento e intervenção nos dias de hoje. Grupos de apoio como o que frequentamos, são escassos no território brasileiro. Percebemos que os temas da morte e do luto provocam um mal-estar nos mais diversos espaços sociais. As pessoas, e inclusive os profissionais de saúde, têm aversão ao contato com o sujeito que padece desse “mal”³. Os lugares que atualmente mais oferecem suporte às pessoas que sofrem a perda de entes queridos são as igrejas. Devido a essa abertura, mesmo quem não é religioso acaba aderindo a alguma religião, com vistas a cavar um lugar onde seu sofrimento possa ser acolhido e legitimado.

O quadro de pesquisas em psicologia e psicanálise que versam sobre o contato e o manejo com o tema da morte se mostra bastante defasado quando comparado ao estudo de outros temas, tais como os famosos transtornos batizados pela psiquiatria: TDAH, bipolaridade, transtornos de conduta, depressão etc; assuntos relevantes atualmente, mas que da forma como são abordados em pesquisas frequentemente publicadas não procuram a etiologia dos quadros que se propõem a analisar, apenas preocupando-se em descrever topograficamente os sintomas observados e propondo intervenções de cunho puramente pragmático e/ou medicamentoso.

Apresentando um pouco da condição histórica de estudos diferenciados em termos de aprofundamento das questões da morte no Brasil, o estudo da morte pelo viés psicológico ganhou importância com a pesquisadora Wilma Torres (professora assistente da UFRJ), que foi a primeira a sistematizar o estudo da Tanatologia dando enfoque em questões psicológicas, na década de 1970 (KOVÁCS, 2004).

Atualmente existem no território brasileiro dois núcleos de estudos sobre a morte situados em cursos de psicologia em universidades de São Paulo: o Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM), situado na USP, criado e coordenado

³ Utilizo esse termo de acordo com o exposto por Freud (1912) em “Totem e Tabu” de que a ideia de morte se tornou um tabu nos povos primitivos na medida em que foi associada a algo de teor maligno, ideia que se mostra ainda bastante forte na atual conjuntura social.

pela Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Kovács desde 2000; e o Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto (LELu), situado na PUC de São Paulo, criado e coordenado pela Prof.^a Dr.^a Maria Helena Pereira Franco desde 1996. Ambos são bastante requisitados enquanto núcleos que desenvolvem estudos e trabalhos a respeito do tema da morte nos campos do ensino, pesquisa e extensão, estando presentes nas áreas clínica e hospitalar. O enfoque teórico das pesquisas desenvolvidas nos laboratórios se concentra nos principais autores que trabalham o tema da morte e do luto mundialmente, tais como Philippe Ariès, Leo Pessini, Colin Murray Parkes, Therese Rando, Margaret Goldrick, Marie de Hennezel, John Bowlby, entre outros.

Visando somar conhecimento ao já produzido nos núcleos supracitados, este trabalho pretende oferecer uma contribuição psicanalítica à clínica com pessoas que sofreram perdas significativas por intermédio da compreensão do sofrimento das mães que perderam seus filhos por óbito e que não concluem o luto, que libertaria e desinibiria o ego para novos investimentos objetais. A importância desse estudo se justifica pela singularidade observada neste sofrimento e na dor sentida por essas pessoas, que parecem demandar uma escuta e um manejo diferenciados na clínica (RANGEL, 2008; IRELAND, 2011).

O que se observa no contexto brasileiro é que há uma perda de espaço para a cultuação do ente querido morto. Os velórios, destinados à despedida da pessoa amada, estão cada vez mais curtos, o que demonstra um desejo por uma despedida mais curta e, conseqüentemente, menos dolorida. Faz parte do protocolo social atual que velório e enterro sejam feitos no mesmo dia, o que diminui o tempo-espaço que serviria ao início do processo de luto em termos gerais sociais. Com o desejo de distanciamento do tema da morte, advém uma maior insuportabilidade de convivência com os que já se foram e com os que insistem em lamentar sua morte.

Um tema que vem se tornando cada vez mais caro à maior parte da civilização humana, claramente convoca a psicologia e a psicanálise em seu âmbito conceitual e prático para pensar e intervir junto às pessoas que padecem isoladas durante anos em seu sofrimento. É necessário pensar de que forma a psicanálise poderia se aproximar desse público com uma proposta viável de tratamento, que certamente deverá conter um manejo singular que possa dar acolhimento à dor aguda proveniente da perda e que tenha ciência de que essa dor poderá acompanhar o paciente por tempo indeterminado.

As considerações freudianas já brevemente desenvolvidas delineiam a complexidade inerente à conceituação e compreensão de tudo o que está envolvido numa perda. O estudo da temática por intermédio da psicanálise vem somar ao campo da psicologia e possibilitar uma clínica psicanalítica que contemple a dimensão do sofrimento e os destinos pulsionais que uma perda avassaladora pode propiciar.

O trabalho será organizado em quatro capítulos. O primeiro terá como objetivo compreender os conceitos de luto e melancolia situando sua construção e desenvolvimento ao longo da obra de Freud. O segundo, fruto do primeiro, irá apresentar o processo de identificação que emergiu durante o desenvolvimento do trabalho enquanto hipótese para compreender a espécie de vínculo que a mãe estabelece com o filho que faz com que não possa concluir o luto por sua morte. O terceiro resultou da necessidade apontada pelo capítulo anterior de explorar a origem do estabelecimento do vínculo narcísico das mães com seus filhos por intermédio das contribuições de Freud a respeito das pulsões, bem como do feminino e da maternidade. O quarto e último capítulo remete a um momento pós-freudiano, que traz contribuições de psicanalistas importantes da contemporaneidade, que não poderiam deixar de ser citados, visto que apresentam em sua obra trabalhos imprescindíveis retratando o tema desta pesquisa. O objetivo desse último capítulo é dar um primeiro passo para além de Freud na compreensão do sofrimento das mães que perdem filhos. Porém, não contempla o objetivo do presente trabalho, investigar profundamente essas obras outras. Ele é, sim, imprescindível, no sentido de abrir perspectiva para estudos futuros.

1.1.MÉTODO

A perspectiva a partir da qual o estudo será realizado é a psicanalítica. Em termos de publicações psicanalíticas a respeito do luto, este trabalho terá como fonte essencial e primária a obra de Freud. Entendo que é de fundamental importância que eu possa traçar meu próprio percurso dentro da obra freudiana para alcançar qualquer compreensão de base psicanalítica. Desse percurso, fundado em

meu desejo de saber, emergiu uma série de considerações e amarrações singulares a respeito do tema que certamente fizeram com que eu, enquanto psicanalista, retornasse à clínica de um outro lugar devido às construções possibilitadas por este trabalho. No retorno à clínica, as construções feitas foram tensionadas e desconstruídas na medida em que teoria e clínica andam juntas e em que a clínica é soberana à teoria. Daí parte a justificativa do método teórico-clínico utilizado no presente trabalho.

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa - compreender o sofrimento de mães que não concluem o luto pela morte de seus filhos - partiu de minha escuta do grupo de apoio a enlutados e de meus atendimentos a mães que perderam filhos, posso considerá-la enquanto uma pesquisa clínica.

Minha escolha para investigar e chegar a uma compreensão da questão posta trata de um retorno à obra de Freud, entendendo que seus textos se reavivam de forma singular quando lidos por cada pretendente à psicanalista e que as construções possibilitadas por eles têm o compromisso de retorno à clínica, de responder às questões emergentes dela. O percurso na obra de Freud me permitiu um aprofundamento na origem da psicanálise, no passo-a-passo da construção dos conceitos psicanalíticos.

Esse trajeto foi também importante para que eu pudesse distinguir e nomear o que foi proposto e construído por Freud antes de me aventurar a falar em nome de outros autores que surgiram *a posteriori*. Percebo que na comunidade psicanalítica que se propõe a estudar os autores pós-freudianos, é muito comum uma “con-fusão” do que foi dito por Freud e pelos que vieram depois dele. Acredito que, talvez, uma imersão mais profunda, mais delongada e mais atenta na obra de Freud pode impedir a grande proporção com que tais fusões são feitas, de forma não percebida, nos trabalhos proferidos por grande parte dos psicanalistas. É a essa imersão que me proponho no compromisso de responder à questão proposta, o que diz de um trabalho, a meu ver, um tanto quanto árduo. Penso que o trabalho rendeu frutos porque a partir da leitura que tenho da obra freudiana, percebo a atualidade de seus dizeres, de suas críticas e de sua prática em minha própria travessia pela psicanálise.

Por razão de me situar no campo da produção científica, para além dos escritos de Freud, me proponho a entrar em contato e a debater com artigos e textos de autores contemporâneos da psicanálise. Esse material contemporâneo foi

bastante relevante na construção da introdução e será retomado em parte no capítulo 4 e em parte na discussão do trabalho. Artigos científicos foram pesquisados nas principais bases de dados científicas abertas (nas línguas portuguesa e inglesa), como Scielo, Lilacs e PsycINFO; por intermédio das palavras chave: luto materno, perda materna, melancolia, morte, filho, psicanálise, loss, melancholy, mourning, motherhood, death, psychoanalysis. Foram selecionados artigos publicados no período de 2000 a 2013 de acordo com a afinidade dos trabalhos encontrados com o tema e objetivos do presente trabalho.

Tranquilo desde já o leitor pertencente à comunidade científica que o presente projeto de pesquisa tem permissão do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná para trabalhar com quaisquer dados coletados no grupo de apoio a enlutados “Amigos Solidários na Dor do Luto” e em atendimentos e entrevistas clínicas – que por ventura possam emergir ao longo do desenvolvimento do trabalho -, uma vez que siga os preceitos éticos devidamente estabelecidos (registro CEP/SD: 1297.222.11.12, em anexo).

Não contempla o método desta pesquisa, contudo, trabalhar com análise de casos clínicos e de entrevistas, muito embora essa fosse uma possibilidade para alcançar o objetivo proposto. O que está contemplado no desenvolvimento deste trabalho, a título de ilustração e exemplificação da construção teórica são vinhetas clínicas extraídas de algumas das entrevistas realizadas com as mães que participam do grupo. Essas entrevistas foram agendadas e feitas individualmente com as mães. O método para realizá-las foi pedir para que contassem sua história. Foram previamente elaboradas perguntas para coletar informações-chaves para o estudo da perda, como: há quanto tempo o filho morreu; como morreu; como a mãe chegou ao grupo; entre outras. Essas perguntas foram feitas conforme necessidade. Em alguns momentos do trabalho me refiro também a relatos e momentos extraídos das sessões clínicas e das reuniões do grupo.

Admito que o fato de ter entrado em contato com todo esse material e com a possibilidade de trabalhar com diferentes métodos de pesquisa teve grande influência no manejo do tema e na construção do trabalho. Foi toda essa experiência que me possibilitou a escolha metodológica apresentada, pautada no que penso ser mais interessante e coerente para o desenvolvimento do trabalho.

O percurso teórico-clínico, por intermédio da obra de Freud, ao qual me proponho me proporcionou estudar a questão das mães que não concluem o luto

pela morte de seus filhos, deparando-me com a possibilidade de conhecer a origem de suas questões.

2. CAPÍTULO 1 – O LUTO E A MELANCOLIA SEGUNDO SIGMUND FREUD

O luto em psicanálise é entendido como a reação à perda de um ente querido. É vivenciado por um sujeito que, a partir de sua perda, tem de se distanciar do mundo externo para viver uma intensa dor decorrente de um processo que demanda dele toda a sua energia em prol da significação e elaboração desta perda. Essa concepção advém do texto “Luto e Melancolia”, considerado como o principal a respeito do tema no universo da obra de Sigmund Freud, publicado em 1917.

Para além da definição já brevemente descrita, é interessante retornar aos textos pré-psicanalíticos de Freud, datados de 1894 e 1895, quando o autor já tece considerações a respeito da angústia, do luto e da melancolia para que possamos ter uma compreensão mais aprofundada do que a psicanálise tem a dizer a respeito desses conceitos que podem estar relacionados a perdas na vida psíquica.

Em 1894, no manuscrito E, Freud já noticia sobre a melancolia. Observa que com frequência os melancólicos são anestesiados, de forma que não têm qualquer necessidade ou sensação de relações sexuais. Contudo, parece que apresentam grande desejo pelo amor em sua forma psíquica. Quando uma tensão psíquica de amor fica acumulada, permanecendo insatisfeita, origina-se a melancolia.

Freud (1894) diferencia que, quando a tensão sexual acumulada é física, dá origem à neurose de angústia. Já quando a tensão sexual acumulada é psíquica, dá origem à melancolia⁴.

No ano seguinte, no manuscrito G, Freud (1895a) descobre que: 1) existem vínculos evidentes entre a melancolia e a anestesia sexual; 2) a melancolia pode ser um acréscimo da neurastenia⁵ por masturbação; 3) a melancolia pode se apresentar em combinação típica com angústia grave; 4) o tipo extremo de melancolia parece ser a forma periódica ou cíclica hereditária.

Como ponto de partida para compreender essas descobertas, Freud (1895a) parte de dois pressupostos: i) de que o afeto correspondente à melancolia é o luto,

⁴ Enquanto Freud (1894) inicia investigações acerca da melancolia, não abandona o estudo das neuroses de transferência. Aqui, ainda nos encontramos em uma etapa bastante preliminar de suas elaborações sobre a melancolia.

⁵ Quadro clínico que para Freud (1893) decorre da inadequação na descarga de tensão, na qual há substituição da ação específica por formas alternativas, como a masturbação, o que não proporciona alto grau de satisfação.

ou seja, o desejo por algo que foi perdido; ii) de que a neurose alimentar paralela à melancolia é a anorexia, visto que essa afecção das jovens meninas parece uma melancolia em função de uma sexualidade não desenvolvida que conduz a uma perda de apetite que é da ordem da libido, do sexual. Por isso, Freud (1895a) conclui que a melancolia consiste no luto pela perda da libido.

Porém, uma pessoa pode ser anestesiada sem ser melancólica. A melancolia se refere à falta de produção de excitação sexual somática, enquanto a anestesia faz referência à falta de sensação voluptuosa (FREUD, 1895a). Isso faz uma relação da melancolia com um corpo que não se excita, ou seja, fechado em si mesmo.

Freud (1895a) considera que a anestesia é uma preparação para a melancolia, pois o grupo sexual psíquico se fragiliza tanto por falta de sensação voluptuosa quanto por falta de excitação sexual somática.

Coloca-se enquanto questão o porquê de a anestesia ser uma peculiaridade predominantemente das mulheres. Freud (1895a) desconfia de que isso provém do papel passivo da mulher. Justifica que toda a educação se dá no sentido de não despertar a excitação sexual somática, substituindo-a por estímulos psíquicos. Nesse contexto, por vezes, as mulheres se casam e entram em contato com o ato sexual sem amor e com escassez de excitação sexual somática, o que as leva à frigidez.

Assim, Freud (1895a) pontua que enquanto as pessoas potentes contraem com facilidade a neurose de angústia, as impotentes tendem à melancolia. Sobre os efeitos da melancolia, cita a inibição psíquica com empobrecimento pulsional e consequente dor por isso.

O grupo sexual psíquico perde excitação com muita intensidade, o que faz formar algo como uma “recordação” dentro do psíquico cujo efeito é de sucção sobre as quantidades de excitação. Os neurônios associados precisam liberar sua excitação, o que produz dor. A perda de associação é sempre dolorida. Diante de algo como uma hemorragia interna, nasce um empobrecimento de excitação, diminuição de quantidade energética disponível, que tem desdobramentos nas outras pulsões e operações (FREUD, 1895a).

Como uma inibição, essa recordação tem o mesmo efeito de uma ferida, acompanhada de dor (FREUD, 1895a). Apresentamos aqui a título de exemplo a fala de uma mãe que perdeu um filho há mais de 5 anos a respeito da dor da perda.

“[...] aquela dor, aquela dor física que a gente sente no começo, você pensa que você vai... o seu peito vai explodir, vai arrebentar tudo.” (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

As mães entrevistadas falam que a dor que sentem por terem perdido seu filho se mostra no corpo. Parece que a dor física é uma possibilidade de representar o que sentem. Uma dor no peito, “no coração”, na cabeça, na região abdominal ou do útero, é algo do que podem falar e se queixar para a família, para o médico e para o psicólogo.

No texto “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio”, Freud (1910) traça um paralelo entre melancolia/afeto do luto e o suicídio, pensando em termos de uma desilusão libidinal que pode até mesmo conduzir a uma renúncia da autopreservação.

Diante dessas considerações preliminares a respeito do que tratam os processos de melancolia e de luto intensificam-se algumas questões anteriores à discussão desses quadros clínicos, acerca da morte e da perda. O que significa para um sujeito perder um ente querido, ou, em termos psicanalíticos, perder um objeto amado? O que está retratado no sofrimento de quem sofreu a perda? Trata-se tão somente da perda do ente querido ou de algo mais? E do que se trata esse algo mais?

Em dado momento do texto “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1895c) explica que o alívio dos excessos no psiquismo, que visa retorno ao equilíbrio, não é efetivo pela via da alteração interna, ou seja, por intermédio da expressão de emoções, gritos e inervação muscular. A tendência é que o estímulo endógeno continue a ser recebido e que a tensão no psiquismo se reestabeleça.

A única forma de abolir a tensão é promovendo uma suspensão provisória de descarga de energia no interior do corpo. Essa intervenção requer uma alteração no mundo externo, como o fornecimento de mantimentos e a aproximação do objeto sexual. Como se trata de uma ação específica, há determinadas maneiras de promovê-la. O organismo humano não é, no começo, capaz de promover essa ação específica; ela é promovida por intermédio de ajuda alheia: pela descarga sobre o caminho da mudança interna o indivíduo experiente alerta o estado da criança. Essa via de descarga adquire a indispensável função secundária da comunicação; e o

desamparo inicial do ser humano é a fonte primordial de todos os motivos morais (FREUD, 1895c).

A partir desse fragmento do “Projeto” de Freud (1895c), percebemos que o alívio das tensões endógenas de um indivíduo só tem eficácia na relação com o outro, na medida em que há investimento do mais experiente no infante, por intermédio da comunicação. Esse mecanismo é bem-sucedido porque tem função satisfatória para o desamparo inicial, inerente a todo o ser humano.

A ausência dos objetos amados com os quais nos relacionamos para aplacar a angústia nos traz um retorno a esse desamparo inicial. A necessidade de abrandar o desamparo faz com que busquemos nas mais diversas fontes e lugares alento para a angústia que retorna.

Em 1913, no texto “Totem e Tabu”, Freud se propõe a falar a respeito do totemismo, que ele situa como tendo importante função para os povos antigos semelhante a da religião, tal como está posta na sociedade contemporânea.

O totemismo, assim como as religiões, são fontes extra-psíquicas, nas quais as pessoas buscam respostas e sossego para suas angústias diante do desamparo.

Neste texto, Freud (1913) fala também do tabu - daquilo que permanece interdito e do que não pode ser falado entre as pessoas - contextualizando aí a questão da morte. A morte se torna fundamental nesse texto pelo fato de que faz emergir, em qualquer comunidade humana, uma grande angústia a seu respeito, angústia essa que clama por uma resposta para que a própria vida permaneça suportável.

Aspectos basais trazidos por Freud (1913) para pensar a vida e a morte são o amor e o ódio. Em psicanálise, um anda de mãos dadas com o outro. Assim como é possível amar intensamente alguém, pode-se desejar em alguns momentos que a pessoa amada simplesmente expire. Trata-se do que Freud chama de ambivalência.

Os conflitos psíquicos devidos à ambivalência são muito comuns em todas as relações. A solução mais frequente desse conflito consiste na intensificação de um dos dois sentimentos, geralmente o de amor, e na supressão do outro, geralmente o hostil (FREUD, 1926).

A ambivalência nos dá condições para entender porque é que, muitas vezes, sonhamos com a morte de um ente querido. Freud (1900) explica que os momentos em que estamos a dormir e a sonhar, são os mais propícios para entrarmos em contato com conteúdos inconscientes que, de uma forma um tanto ainda camuflada,

expressam nossos desejos mais primitivos. Primitivos na medida em que o desejo de que alguém morra tão somente pode ser atribuído aos animais, aos monstros ou aos povos bárbaros. Na civilização humana, da forma como ela se instituiu, o desejo de matar é expressamente proibido, para que a vida em comunidade possa continuar existindo.

Entretanto, sobre este aspecto, Freud (1913) perspicazmente coloca em evidência que, se há a necessidade de uma proibição, é porque ela é necessária para evitar que algo aconteça. A verdade é que as principais leis humanas parecem ter sido ditadas para barrar os mais vorazes desejos humanos tendo-se em vista que estes não colaboram com a concepção da vida em comunidade idealizada pelo homem. Os principais desejos primitivos do ser humano, dentre eles o de matar e o de incesto, jamais poderiam ser livremente expressos, quem dirá realizados, na civilidade.

Todavia, nos sonhos, quando os homens contam com o fato de não terem sobre si uma censura tão rigorosa, os desejos mais primitivos podem ser realizados. O sonho permite que possamos constatar a ambivalência muitas vezes em ato. São muito comuns os sonhos de filhos com a morte de seus pais (ocorrendo também o contrário). Aqui é interessante fazer a ressalva de que a temporalidade do inconsciente é bastante distinta do tempo cronológico.

Sonhar com a morte dos pais na idade adulta pode, na verdade, remeter a um desejo da infância, vinculado ao Complexo de Édipo antes de sua dissolução, quando o desejo incestuoso da menina por seu pai e o desejo incestuoso do menino por sua mãe os levam a desejar a morte daquele que fantasiosamente impede que essa união possa ser consumada (FREUD, 1900).

A respeito das ideias que formulamos sobre os objetos (por vezes fantasiosas) e do tempo do inconsciente, Freud (1913) postula que

Desde que a distância não tem importância para o pensamento – desde que o que fica mais afastado tanto no tempo quanto no espaço pode sem dificuldade ser abrangido num único ato de consciência – assim também o mundo da magia tem um desprezo telepático pela distância espacial e trata as situações passadas como se fossem atuais (FREUD, 1913, p. 96).

Freud (1914) nos ensina que a temporalidade do inconsciente se diferencia da versão cronológica porque não a reconhece. Não a reconhece porque no inconsciente não há o registro da finitude. É pela ausência do registro da finitude que

nos lançamos à vida, fazemos planos de longa data e nos entregamos às relações, pois, se considerássemos o tempo todo que o fim poderia se dar a qualquer momento, não haveria maneira de construir e organizar a vida da forma tão fluida como fazemos.

Porém, para que a angústia de interrogar todo o modo como nos estruturamos em função das exigências culturais, desde tenra idade em nós embutidas, não nos paralise, é conveniente que deixemos o advento da morte de lado, configurando-o como um tabu social, como algo que não deve fazer parte do cotidiano.

Apresentamos uma vinheta para exemplificar o despreparo humano diante da morte, sobretudo de um filho.

“É, não é da nossa cultura né... a morte. E é a coisa mais certa que tem, mas ninguém tá preparado. Por mais religiosa que você seja, por mais fé que você tenha em Deus. Ainda quando acontece de ir a vó, o pai, a mãe, né, segue o ciclo né, normal. Mas quando é uma pessoa mais jovem, um filho, um neto [...]. É terrível mesmo.” (Trecho da fala de H., durante uma entrevista).

As entrevistadas relataram sobre a transgressão à lei da vida que representa a morte de um filho, expondo a impossibilidade de preparo para essa perda. Diante disso, é comum que passem a revoltar-se contra a religião e a fé em Deus, questionando que Deus é esse que recolhe as pessoas jovens e inocentes precocemente.

Neste momento é importante retornar às figuras totêmicas e religiosas para falarmos um pouco de como ocorreu a instituição dos tabus na civilização e do porquê de serem respeitados por grande parte das pessoas. Nos povos antigos, os totens eram figuras sagradas, geralmente de animais, dotadas de muito poder. Ao totem foi dado um lugar divino, que suprime todo e qualquer desejo humano que atente contra a união do povo. Em seus estudos sociológicos, Freud (1913) constatou que já nos povos antigos era comum que ataques violentos não fossem permitidos entre as pessoas de um mesmo povo. Independentemente da origem do conflito, os ataques deveriam ser feitos de um povo contra o outro.

Ao que parece, com o passar dos anos, a estrutura social da humanidade foi sofrendo mudanças em termos nominais. Contudo, os papéis anteriormente estabelecidos, permaneceram estruturados da mesma maneira. Diante da figura de Deus, o homem se institui no papel de súdito, suprimindo seus próprios desejos em

prol de algo que situa como superior e maior do que ele, temendo-o, por sua força e poder. Porém, aqui a ambivalência surge quando alguns dos súditos desejam a morte de seu Pai, e com a realização dos atos de crucificá-lo e matá-lo, sentem culpa. A culpa, que recai sobre todos, vem a ser, então, algo que perpassa toda a estruturação da humanidade. Tudo o que fazemos e sentimos está perpassado por ela.

O homem que se diz “temente a Deus” revela a sensação de culpa por tê-lo matado, bem como o medo que o faz reprimir-se. Uma prática interessante realizada pelos fiéis à igreja católica consiste no consumo simbólico do corpo e do sangue de Jesus Cristo. O ato de comer o corpo do Pai é entendido por Freud (1913) como a realização de uma identificação com ele, ou seja, comê-lo é uma forma de colocá-lo para dentro.

Retornando à questão do luto e da perda de entes queridos, é muito comum que aqueles que perderam pessoas amadas relatem sentir culpa por sua morte.

Quando uma esposa perde um marido ou uma filha a mãe, não é raro acontecer que a sobrevivente fique atormentada por dúvidas atroz (às quais damos o nome de ‘autocensuras obsessivas’) quanto a se ela própria não poderia ter sido a responsável pela morte desse ente querido através de algum ato de descuido ou negligência. Nenhuma quantidade de lembranças do cuidado que prodigalizou ao sofredor e nenhuma quantidade de reputações objetivas a acusação servem para dar fim ao tormento. (FREUD, 1913, p.73).

Essa culpa está ancorada na ambivalência, pois o luto sempre traz uma face de desolação e outra de satisfação, por ocasião de ser possível inconscientemente sentir amor e ódio pela mesma pessoa. Obviamente que para nós, a hostilidade que dirigimos ao ente querido permanece completamente, ou em sua maior parcela, inconsciente. Além disso, o manejo que desenvolvemos com o ódio que sentimos pelas pessoas amadas é o mesmo dos povos antigos em se tratando de manter a união: toda a hostilidade sentida pelo ente querido é projetada para fora, visando a manutenção das relações próximas, como ocorre, por exemplo, entre as nações e as famílias (FREUD, 1913).

A respeito da culpa sentida pela morte do objeto amado, Freud (1913) elucida que por mais que ela permaneça inconsciente, na medida em que os mecanismos de defesa realizam a projeção dos sentimentos hostis para outrem e que as resistências psíquicas sejam bem-sucedidas, o enlutado, ainda assim, apresenta características de castigo e remorso. Imerso na civilização temerosa,

constitui-se sujeito dos temores, e submete-se a renúncias e restrições em função de sua culpa. Segue vinhetas que ilustram essa questão.

“A mãe sempre se sente culpada... mãe é mãe né? [...] Ai, eu me sinto, porque eu poderia ter sido uma melhor mãe... eu me sinto sempre culpada. Me sinto bastante culpada, mesmo eu tendo me dedicado. Não sei por quê. Não sei se é normal essa minha culpa.” (Trecho da fala de I., durante uma entrevista).

“Tenho o sentimento de culpa e me pergunto sempre: será que se eu não tivesse ido pra outro hospital, se não tivesse talvez outros médicos, quem sabe se eu tivesse levado pra outro não tinha sido diferente? [...] Sempre a gente se culpa, por que eu não vi isso? Por que não vi aquilo? [...] Mas a gente sempre sente culpa, sempre acha que deixou de fazer alguma coisa, principalmente com filho, né?” (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

“E... tinha um porém, que eu também achava minha culpa. Eu, além de perder, ainda achava que era minha culpa [...] Então aquela culpa me machucava muito!” (Trecho da fala de J., durante uma entrevista).

Essas falas dão a impressão de que a dor da perda aciona defesas do ego que parecem de teor obsessivo, como mais uma tentativa de representar o sofrimento de alguma forma.

Ainda no texto “Totem e Tabu”, Freud (1913) faz uma comparação entre a culpa sentida pelos integrantes dos povos primitivos na iminência de violar um tabu e os traços da neurose obsessiva. O neurótico obsessivo tem claro para si uma série de ações que lhe são proibidas de serem executadas, mas que o desejo insiste que sejam realizadas (e aqui cito o dito popular em que “tudo o que é proibido é mais gostoso”). Porém, diferentemente do que ocorre no tabu, em que as pessoas deixam de violá-lo por medo de que algo lhes aconteça, na neurose obsessiva o sujeito deixa de fazer o que é proibido porque tem medo de que o castigo recaia sobre um ente querido. Diante disso, alguém há de afirmar que se trata de um gesto altruísta o fato de o neurótico deixar de fazer algo que deseja em troca de proteger a pessoa amada.

Porém, Freud (1913) demonstra que essa atitude advém da ambivalência. Ele explica que por detrás do medo do neurótico de que seu ente querido morra, jaz na verdade inconsciente um desejo oculto de que ele morra. “Assim é que, quando a neurose parece ser tão compassivamente altruísta, está simplesmente *compensando* uma atitude subjacente contrária de brutal egoísmo” (FREUD, 1913, p.84, grifo do autor).

O egoísmo, dentro da neurose, se justifica pela organização narcisista do ser humano, que mesmo depois de encontrar objetos externos nos quais investe libidinalmente, permanece capaz de retirar a libido neles investida fazendo-a retornar para o ego (FREUD, 1913). Não é à toa que esse rastro narcísico que acompanha o homem ao longo de toda a vida, tendo função vital inclusive, tenha que ser mascarado para que ele possa viver em sociedade. Os mecanismos de projeção e de culpa tornam a convivência em comunidade possível.

A sensação neurótica de culpa não deve ser atribuída a malfeitos reais, já que ela está ligada a desejos de morte que estão apenas em ação de maneira inconsciente e interna contra seus entes queridos (FREUD, 1913). Acrescento aqui que, ao que parece, esse traço falsamente altruísta apontado por Freud, que parece ter a importante função de mascarar uma verdade insuportável, não é exclusivo da neurose obsessiva, ainda que possa ser mais tipicamente encontrado nessa estrutura.

Freud (1913) diz que a origem antissocial das neuroses tem por objetivo essencial “fugir de uma realidade insatisfatória para um mundo mais agradável de fantasia” (FREUD, 1913, p.85). Ele cita especificamente o caso de pessoas que choram a morte de entes queridos para exemplificar quando a projeção e a culpa são convenientes para lidar com os conflitos ambivalentes dos diferentes impulsos (FREUD, 1913).

Em seu texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, Freud (1915a) explica que acolhemos as ilusões porque nos permitem gozar de satisfação na medida em que nos poupam sentimentos desagradáveis. Porém, temos, a todo o momento, que lidar com o fato de que as ilusões podem entrar em choque com a realidade e desmoronar diante dela.

Após esse breve parêntese sobre a neurose obsessiva, ao indicar uma tentativa de enquadrar o sofrimento psíquico da perda de um filho em pensamentos obsessivos, voltaremos a retratar o luto e a melancolia, agora a partir do narcisismo.

Nos anos de 1913 e 1914, Freud escreve “Sobre o narcisismo: uma introdução”, texto de grande importância para o estudo do luto e da melancolia, que contém mudanças conceituais fundamentais para a evolução de sua obra, pois apresenta suas primeiras discussões acerca do narcisismo e do lugar que ocupa na constituição da sexualidade; fazendo uma diferenciação entre libido do ego e libido objetal e introduzindo o conceito de ideal de ego.

O narcisismo é definido por Freud (1914) como “o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva” (FREUD, 1914, p. 81). Esse egoísmo visto por Freud (1913) como acentuado nos povos primitivos é o que fazia com que as pessoas superestimassem o poder de seus desejos. A famosa “dança da chuva” é um exemplo de como os povos associavam o poder do desejo, do pensamento e das palavras com as ocorrências dos fenômenos naturais. Quase como uma fórmula mágica, a dança que faz chover descreve a ideia de megalomania e de onipotência dos pensamentos (FREUD, 1914). Apesar disso, podemos retomar a culpa sentida pelos enlutados que perdem seus entes queridos. O traço narcísico e megalomaniaco neles contido está envolvido na culpa que os arreata, na medida em que, para além de inconscientemente terem desejado a morte do objeto amado, seu pensamento onipotente os leva a crer que seus desejos tenham efetivamente levado a pessoa a morrer. Segue vinheta de uma mãe que perdeu sua filha em função de um tumor cerebral assintomático (que nunca manifestou nenhum sinal) que ilustra a culpabilização incondicional pela morte da criança.

“Eu ainda me questiono muito, ainda tenho, me sinto um pouco culpada sabe, de não ter visto um problema tão sério, sabe. Ela tinha um tumor imenso.” (Trecho da fala de O., durante uma entrevista).

Mais uma vez, vemos o exemplo de um traço obsessivo que se instala para compor uma justificativa para uma morte injustificável.

Acrescentamos ao que está sendo exposto, que a culpa e o sofrimento sentidos pelos enlutados os levam a perder o interesse pelas coisas do mundo externo. Freud (1914), seguindo a sugestão de Sándor Ferenczi, acredita que a redistribuição libidinal que ocorre diante da dor faz com que a pessoa retire seu interesse libidinal dos objetos amorosos que não dizem respeito ao seu sofrimento. Em suma, Freud afirma que enquanto o sujeito sofre, deixa de amar, pois retira suas catexias libidinais fazendo-as retornar ao próprio ego, e, recolocando-as para fora novamente somente quando se recupera. Outra modificação comum dessa redistribuição libidinal está ligada ao sono. O retraimento do sujeito narcísico em seu próprio ego, a partir de sua dor, faz com que, muitas vezes, chegue a um “desejo único de dormir” (FREUD, 1914, p.90), conforme exemplificado nas vinhetas abaixo.

“E daí tanto que no começo, quando retornei ao trabalho, eu tava muito mal. Eu engordei... muito. Eu só dormia. Tipo, eu dormia dia e noite assim, não conseguia sair da cama. Aí quando eu saía da cama eu comia, comia, comia e voltava a deitar e dormir novamente.” (Trecho da fala de O., durante uma entrevista).

“Eu fiquei nove meses na cama sem ver a luz do sol, sem ver o... a escuridão, sem ver o dia, sem ver nada. Minha casa era assim: meu quarto era fechado, cortina fechada, não suportava a luz do dia nem nada, só naquela cama, não podia mais.” (Trecho da fala de S., durante uma entrevista).

As entrevistadas versam sobre uma dificuldade de retorno ao mundo externo após a perda do filho. A necessidade de desbravar a nova realidade sem o filho vivo parece representar um excesso para essas mães, que comumente precisam ficar um período de tempo reclusas em suas casas e em si mesmas.

Outro aspecto importante referente ao narcisismo que traz contribuição ao tema do luto diz respeito ao vínculo que muitas vezes os pais criam com seus filhos. É comum hoje em dia observarmos relações entre pais e filhos em que tudo é permitido às crianças. Por vezes, os pais possuem um manejo de não repreender as crianças da mesma maneira como foram repreendidos e de não perceber no que suas crianças são deficientes. Isso acontece porque, em nome do narcisismo, os pais precisam assegurar-se de que as crianças serão capazes de alcançar tudo aquilo que eles não puderam fazer (FREUD, 1914).

O fato de a criança ser gerada e criada por eles, sendo, portanto, uma parte deles, faz com que seus desejos narcísicos ganhem força e se renovem, apostando em uma possibilidade de se manterem eternos por intermédio de seus filhos (FREUD, 1914).

O avanço nos estudos acerca do narcisismo fez com que Freud retornasse ao tema do luto e da melancolia no ano de 1915. Em seu texto “Luto e Melancolia”, Freud (1917a) se dedica a tecer considerações a respeito do luto, que consiste na reação à perda de um ente querido ou de algo da ordem abstrata equivalente a um ente querido (como país, liberdade ou ideal de alguém). Após a perda do objeto, o trabalho de luto tem início e concentra boa parte da libido em seu investimento, o que faz com que a pessoa enlutada se afaste de todas as atitudes consideradas normais da vida. Freud (1917a) ressalta que o afastamento do que antes fazia parte da vida do enlutado deve-se ao período de enlutamento, em que a libido está sendo retirada de suas ligações com o objeto perdido, uma a uma, e que o trabalho acaba

quando o investimento libidinal puder ser destinado a um novo objeto. Assim sendo, para Freud (1917a) o trabalho de luto não deve ser considerado como uma condição patológica e julga “inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência a ele” (FREUD, 1917a, p. 249).

No texto “Sobre a transitoriedade”, Freud (1916b) nos fala sobre possuímos uma certa capacidade para o amor, que denomina de libido, e explica que nos primeiros tempos do desenvolvimento, essa libido é dirigida no sentido de nosso próprio ego.

Em momento posterior, mas ainda muito inicial, a libido passa a ser dirigida para os objetos, que são, de certa forma, trazidos para o nosso ego. Quando perdemos esses objetos, a libido estará livre para substituí-los por outros ou para retornar temporariamente ao ego (FREUD, 1916b).

Porém, nota-se uma dificuldade nesse processo, que diz das implicações do luto: a libido se apega a seus objetos e o desligamento deles constitui processo extremamente penoso. Parece instaurar-se certa dificuldade de amar e de desfrutar da beleza das coisas diante da ideia de que tudo é transitório. É quando tece essas considerações acerca da beleza transitória da natureza, que Freud (1916b) responde a questão de Rainier Maria Rilke de como admirar e amar as rosas mesmo quando se sabe que são passageiras.

A questão da transitoriedade pode ser posta para tudo o que é vivo, nas relações entre os seres humanos, nas relações entre mães e filhos. Seria possível amar se considerássemos a todo o momento a mortalidade do objeto amado? Ao que parece, o mais comum, em especial entre as mães, é destinar ao filho um amor que independe de qualquer fator, mesmo da possibilidade de que adoeça ou de que seja transitório. Isso nem mesmo é trazido à consciência, pelo menos não com frequência. Percebemos, então, o teor de “golpe” intrínseco à morte para aquele que perde um objeto amado. Abaixo vinhetas que ilustram o choque frente à transitoriedade.

“Quando tava no hospital eu jamais imaginava que ela poderia falecer, né? Eu achava que ela ia fazer um tratamento e que ela ia, né, se recuperar. Jamais que ela ia morrer. [...] me senti traída, sabe? Traída por Deus, assim, sabe? De pensar, nossa, eu agradecia a Deus todos os dias pela saúde dela, por ela ser uma criança saudável. [...] Não tinha problema de saúde nenhum. Aí quando aconteceu isso assim, parece que eu levei um golpe da vida, parece que eu fui passada pra trás,

enganada. Isso que eu senti e sinto ainda né?” (Trecho da fala de O., durante uma entrevista).

“E todos os dias as pessoas vão embora, muitas, muitas e muitas. Mas, apesar disso, a gente não entende, sabe? Não consegue entender. Por que o meu? Por que o meu? Por que o meu? Pode ser com o vizinho, mas não pode ser o meu [...]”. (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

Essas falas retratam a árdua tarefa imposta ao ego de se haver com a realidade da perda do objeto amado. Conforme descreve Freud (1917a), essa realidade vai adentrando ao psiquismo vagarosamente. Leva algum tempo para que a ausência possa ser absorvida e aceita.

Sob as mesmas raízes do luto, Freud (1917a) observava em muitas pessoas, ao invés de luto, melancolia, suspeitando da presença, nesta última, de uma disposição patológica. A melancolia apresenta o diferencial de um mal-estar profundamente doído, uma anulação do interesse pelo mundo externo, uma perda da capacidade para amar, uma inibição em toda a produtividade e uma redução no sentimento de si, que se expressa por intermédio de auto-reprovações e autopunições que se agravam até uma expectativa delirante por castigo.

Para Freud (1917a), o luto apresenta essas mesmas características da melancolia, exceto a perturbação do sentimento de si. Na melancolia, Freud explica que ocorre um enorme empobrecimento egóico, pois, ao contrário do que acontece no luto que torna o mundo pobre e vazio, na melancolia é o ego que ocupa este lugar. Isso pode ser explicado na medida em que se constata que o melancólico perde algo que extrapola a perda de um objeto, perdendo outras coisas de ordem mais ideal. A melancolia se instaura principalmente porque a pessoa é incapaz de discernir o que foi perdido. Essa impossibilidade de colocar um objeto no lugar do que é vazio e sem graça se volta para o ego, justificando a diminuição da autoestima (posteriormente, Freud retorna a essa questão para maiores esclarecimentos).

Voltando a falar do luto, Freud (1917a) diz que quando este é profundo, faz com que a pessoa perca o interesse nas coisas do mundo externo na medida em que elas não evocam o ente querido morto. Tudo o que não diz respeito ao morto não interessa àquele que se encontra em luto profundo e a ideia de adotar outro objeto em lugar daquele que foi perdido aterroriza o enlutado, pois isso significaria substituí-lo. Durante o período do luto é difícil até mesmo pensar em atividades que não estejam ligadas a pensamentos sobre aquele que se foi. Essa insistência do ego

em permanecer ligado a tudo o que diz respeito ao morto trata de uma expressão do ego de exclusiva devoção ao luto que não deixa espaço para outros interesses (FREUD, 1917a). As vinhetas abaixo mostram o isolamento das mães após a perda do filho, bem como a forte ligação estabelecida entre elas próprias, devido ao fato de terem passado por experiências semelhantes. O grupo de luto é o lugar onde se reúnem para falar dos filhos e isso lhes confere alívio e prazer.

“Eu não queria olhar pra cara de ninguém. Eu fiquei muito mal, eu fiquei muito, eu me fechei muito assim com a minha dor, eu não queria ver ninguém, ninguém [...] E eu não queria, por exemplo, eu fiquei trinta dias [de costas para a janela] no sofá. Eu não queria olhar o mundo lá fora. Pra mim era muito escuro o mundo lá fora. Sabe?” (Trecho da fala de I., durante uma entrevista).

“Assim, tem coisas que eu não consigo falar com outras pessoas porque as outras pessoas não me entendem né, assim. E eu gosto de vir no grupo porque eu sei que o que eu falar ali eu vou ser entendida, eu vou ser compreendida, né. Que ali eu não preciso chorar escondida, não vai vir ninguém falando pra mim ‘ah, chega de chorar, bola pra frente’, né? A gente compartilha da mesma dor. E só quem tá ali sabe, né? Porque as pessoas vêm com coisas prontas ‘ah, faça isso, faça aquilo’. A pessoa nem passou por isso e fica dando conselho, né? Então, eu tô há oito meses recebendo conselhos, conselhos que não adiantam nada. Agora me recuso, não escuto nenhum conselho, chega! Se conselho adiantasse, eu estaria, né, melhor, vamos dizer assim. Mas não tem. Não tem como ficar melhor, é isso mesmo.” (Trecho da fala de O., durante uma entrevista).

“As pessoas que perdem um filho devem procurar sempre, pelo menos nem que sejam outras pessoas que também perderam um filho, porque a gente se fortifica muito com o outro, demais, demais, demais. A própria experiência é muito válida, muito, muito, muito. Mãe, principalmente, não precisa nem ser os pais, mas mães que perdem os filhos, elas têm que estar juntas, porque elas trocam as mesma informações.” (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

Percebemos nessas falas a presença da identificação entre as mães, que se dá pela via do compartilhamento de suas histórias. O tema da morte e do luto é o que cria a coesão do grupo (termo de Freud, 1921) e é o que permite que as mães se autorizem a dizerem coisas umas às outras, que ninguém mais poderia dizer, como o fato de que por vezes se apegam demasiado aos objetos dos filhos mortos ou o apontamento de que precisam procurar atividades para fazer, ao invés de ficar em casa chorando. Essa autorização para dizer e ouvir críticas em relação ao modo como estão levando a vida está diretamente ligada à identificação, pois todas as participantes do grupo passaram por situação semelhante de perda e somente por esse motivo é que podem dizer algo disso. De outra forma, as mães entrevistadas

apresentam muita dificuldade de escuta, inclusive do que a realidade tem para mostrar.

Ao mesmo tempo em que a realidade revela que o objeto amado não existe mais, ela provoca uma grande oposição no enlutado, tendo em vista que ninguém abandona de bom grado uma posição libidinal. Para Freud (1917a) a oposição pode ser tão intensa que origina um estranhamento da realidade e uma retenção do objeto amado por meio de uma psicose alucinatória de desejo. Ressalta que o normal é que prevaleça a obediência à realidade, mas a ordem que esta impõe não pode ser cumprida rapidamente. As ordens da realidade vão, aos poucos, podendo ser obedecidas com grande gasto de tempo e de energia catexial sendo que nesse meio tempo o objeto perdido continua a existir no psíquico. Uma a uma, as ligações libidinais com o objeto perdido vão sendo desfeitas, em um processo penoso e de extremo desprazer. As mães que perderam filhos relatam, por vezes, sentirem o cheiro de seus filhos em casa, quando estão fazendo alguma coisa, ou mesmo verem o filho passando na rua, quando alguém com traços semelhantes passa perto delas. Algumas mães relatam que chegam a ir atrás da pessoa para ver se é ou não o filho. A vinheta que segue ilustra a dificuldade de aceitação da realidade de que o objeto amado não mais existe.

“Vai piorando porque você fica esperando ele pra almoçar, fica esperando a hora que vem pro almoço, na hora que vem pro café. Aí você fica dias, meses, meses, meses esperando. Parece que não cai a ficha que a pessoa morreu pra você, né? Que não vem mais. [...] Porque no começo você fica naquela ilusão de que ele vai voltar, né? E depois você cai na realidade que não vem mais, né?” (Trecho da fala de H., durante uma entrevista).

Ao que parece, certa dose de perda da realidade é bastante comum, principalmente nos primeiros tempos da perda. As mães entrevistadas apresentam de início uma negativa do fato ocorrido. Por vezes, relatam que parece um pesadelo do qual vão acordar, que não tem como acreditar no que aconteceu. Contudo, a tendência das mães entrevistadas, foi a de serem gradativamente permeadas pela realidade do acontecido e de abandonarem, pouco a pouco, as ilusões.

Freud (1926) situa o luto enquanto uma tarefa psíquica particularmente difícil, na qual o indivíduo perde uma quantidade significativa de energia, pois ocupa a “posição de um especulador cujo dinheiro ficou retido em suas várias empresas” (FREUD, 1926, p.94).

Aplicando à melancolia o que se pôde averiguar em relação ao luto, verifica-se que ela também pode ser uma reação diante da perda de um objeto amado. Em outras ocasiões, é possível reconhecer que essa perda é de natureza mais ideal. É possível que o objeto não esteja realmente morto, mas que tenha se perdido enquanto objeto de amor (como no caso de uma noiva abandonada). Em outros casos, não há como discernir com precisão o que se perdeu, pois nem mesmo o doente tem consciência disso. Logo, a melancolia se diferencia do luto no sentido de que há uma perda objetual subtraída da consciência⁶, enquanto no luto não há nada inconsciente no que se refere à perda (FREUD, 1917a).

A melancolia está situada como a mais grave entre todas as formas de inibição. As inibições são processos que ocorrem dentro do ego quando há restrições de seus papéis. São impostas como medida de segurança ou resultantes de um empobrecimento de energia (FREUD, 1926).

Existem muitos fatores inconscientes e enigmáticos presentes na melancolia, pois não se sabe o que absorve o eu tão completamente que o leva a um empobrecimento egóico tão profundo. O melancólico mostra algo que falta no luto: uma extraordinária baixa em seu sentimento egóico, que conduz a um enorme empobrecimento do eu. Enquanto no luto o mundo se torna pobre e vazio, na melancolia isso acontece com o eu (FREUD, 1917a).

Freud (1917a) situa o melancólico em um quadro de delírio de inferioridade (principalmente moral), no qual o paciente muitas vezes tem insônia e recusa-se a alimentar-se, podendo chegar a superar a pulsão que compele todo o ser vivo a permanecer vivo.

Para Freud (1917a), as auto-recriminações feitas pelo melancólico ao próprio eu têm alguma razão de existir. Provavelmente, sua falta de interesse, sua incapacidade para amar e para trabalhar são verdadeiros. Porém, isso é secundário; refere-se a consequências desse trabalho interior que devora o seu eu.

Freud (1917a) caracteriza o melancólico como tendo uma visão mais próxima da verdade do que as pessoas que não são melancólicas.

Quando, em sua exacerbada auto-crítica, ele se descreve como mesquinho, egoísta, desonesto, carente de independência, alguém cujo único objetivo tem sido ocultar as fraquezas de sua própria natureza, pode ser, até onde sabemos, que tenha chegado bem perto de se compreender a si mesmo;

⁶ Mais adiante neste mesmo texto, Freud, 1917a, concluirá que a melancolia não se referencia em uma perda objetual, mas em uma perda relativa ao próprio ego.

ficamos imaginando, tão somente, por que um homem precisa adoecer para ter acesso a uma verdade dessa espécie. (FREUD, 1917a, p. 252).

Acrescenta que o melancólico não se comporta da mesma forma que uma pessoa normal, que é esmagada pelo cotidiano social por intermédio de vergonha e remorso. Ao melancólico faltam essas características. Ele apresenta um traço quase oposto que deseja comunicar suas insatisfações e que encontra satisfação ao desmascarar a si mesmo (FREUD, 1917a).

Para Freud (1917a) o essencial não é que o melancólico tenha razão em seu rebaixamento ou até onde essas críticas são condizentes com o juízo alheio. O que importa é que possam descrever sua situação psicológica. Parte-se do pressuposto de que, de qualquer forma, o melancólico perdeu o respeito por si mesmo e deve ter boas razões para tê-lo feito. Brota aqui a contradição existente na comparação entre o processo de luto e a melancolia: dever-se-ia supor que o melancólico sofreu uma perda de objeto, mas o que suas declarações mostram é que houve uma perda em seu eu.

Quando escutamos as auto-acusações que o melancólico se dirige por algum tempo, torna-se inevitável a impressão de que as mais fortes delas pouco se adequam à sua pessoa. Frequentemente, com poucas modificações, elas se ajustam a outra pessoa, a quem o doente ama, amou ou amaria. A explicação para isso é que no melancólico uma parte do ego se coloca contra a outra, sendo uma a parte que critica e a outra a que é criticada⁷. A parte criticada torna-se o objeto da parte que critica, e essa última se torna independente do ego. O agente crítico do ego se refere à censura da consciência, ao teste de realidade e pode adoecer por sua própria causa. O adoecimento do agente crítico pode ser observado quando as autocensuras realizadas pelo paciente em relação a si mesmo não se aplicam a ele.

O empobrecimento de seu ego pode ser explicado pelas recriminações que ele deseja destinar a um objeto externo amado, mas que, pela impossibilidade de fazê-lo, são deslocadas a si próprio. É isso que faz com que os melancólicos não se envergonhem de suas censuras, já que no fundo, elas são destinadas a outra pessoa. Ou seja, eles encontram uma forma de se auto-recriminarem sem fazê-lo, o que lhes permite uma atitude dotada de certeza de que são pessoas injustiçadas.

⁷ No texto "O Ego e o Id", de 1923, Freud discutirá essa questão, que será abordada e aprofundada mais adiante, no transcorrer do presente trabalho.

Essas pessoas se tornam maçantes ou mesmo ininteligíveis para outras pessoas (FREUD, 1917a).

Freud (1917a) resume sua compreensão acerca do quadro melancólico: houve uma eleição de objeto, uma ligação libidinal a uma pessoa determinada e, em função de um atentado real ou de uma desilusão por parte da pessoa amada, houve uma oscilação desse vínculo de objeto. O resultado, não foi normal (que seria o desligamento da libido desse objeto e seu deslocamento para um novo). A catexia objetual provou ter pouco poder de resistência e acaba por ser liquidada, mas a libido liberada dessa descatexia não é liberada para ser deslocada para outro objeto. Ela retorna para o ego e serve para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Dessa forma, a sombra do objeto recai sobre o eu e este passa a ser julgado pelo agente crítico como se fosse um objeto. É assim que a perda objetual se transforma em perda egóica. Além disso, o conflito entre o eu e a pessoa amada transforma-se em uma bipartição entre o eu crítico e o eu alterado pela identificação com o objeto.

Para que a identificação ocorra e a pessoa adentre no campo melancólico, Freud (1917a) aponta duas condições: deve ter ocorrido forte fixação da pessoa no objeto amado e, por outro lado e em contradição com ele, a catexia objetual deve ter apresentado pouco poder de resistência. Em relação à segunda condição, Freud (1917a) concorda com Otto Rank que essa contradição parece exigir que a escolha objetual tenha sido feita sobre uma base narcisista, de forma que o investimento antes feito no objeto possa retornar ao eu caso se depare com obstáculos. A identificação narcísica com o objeto se converte no substituto da catexia de amor, o que traz como efeito que o vínculo de amor não é renunciado, apesar do conflito com a pessoa amada. A substituição do amor objetual pela identificação é um mecanismo importante para as afecções narcisistas. Entende-se que corresponde a um tipo de escolha objetual que retorna ao narcisismo originário lançando mão de mecanismos muito primitivos como a incorporação canibalística, por exemplo.

A identificação é uma etapa preliminar da escolha objetual, baseada na ambivalência. Trata do desejo do ego de introduzir o objeto em si devorando-o em conformidade com a fase oral ou canibal do desenvolvimento libidinal em que se encontra. Freud (1917a) concorda com Abraham quando o autor relaciona a recusa de alimentar-se do melancólico grave às questões de identificação.

Freud (1917a) conclui que a melancolia toma emprestada certa parte de suas características do luto e que a outra parte se refere à regressão desde a eleição narcisista de objeto até o narcisismo. Pode ser, por um lado, assim como o luto: reação à perda real do objeto de amor. Porém, além disso, depende de uma condição que falta ao luto normal ou que o converte. Sempre que há identificação narcísica, transforma-se em um luto patológico.

Muitas vezes a melancolia tem origem com a perda por morte e contempla situações de revolta, de menosprezo e de desilusão em função das quais pode aparecer no vínculo com o objeto uma oposição entre amor e ódio ou reforçar uma ambivalência pré-existente (FREUD, 1917a).

Quando o amor pelo objeto se refugia na identificação narcísica, o ódio se volta contra esse objeto substitutivo (o próprio ego) insultando-o, fazendo-o sofrer e ganhando com este sofrimento uma satisfação sádica (FREUD, 1917a).

Portanto, a autotortura do melancólico, conforme descrita por Freud (1917a) é, em alguma instância agradável a ele da mesma forma que o fenômeno correspondente na neurose obsessiva como já elucidado. Aborda satisfação ligada às tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto inicialmente externo (considerando que aqui devemos fazer ressalvas ao termo 'objeto externo' visto ser exatamente isto que não se configurou para o melancólico), que acaba por retornar ao ego do indivíduo. O melancólico tortura o objeto que ama, o odeia em si próprio e obtém satisfação com isso.

Feita a identificação narcísica com o objeto, o ego do sujeito passa a ser tratado à imagem do objeto perdido. Isso significa que toda a agressividade e o ódio vingativo que deveriam ser destinados ao objeto devido à ambivalência, recaem sobre o ego. Diante disso, Freud (1917c) passa a compreender melhor a tendência do melancólico ao suicídio, tendo em vista o forte golpe tomado por seu ego diante da morte do objeto amado e odiado, e da identificação realizada. Tanto na melancolia quanto na neurose obsessiva, o paciente obtém êxito ao vingar-se, por via de sua doença, do ente amado. Recorrem à doença como última instância para expressar abertamente sua hostilidade contra ele.

Nesse ponto, a melancolia torna-se perigosa. Pensando-se que ela permite que parte do ego se transforme em objeto, no objeto amado/odiado, o agente crítico pode atacá-lo da mesma forma que atacaria um objeto externo. Sabe-se que a pulsão de autopreservação inibe o ego de suicidar-se e por isso entram em ação

mecanismos de defesa como a projeção. Porém, em se tratando de melancolia, quando parte do ego é transformada em objeto, nada impede que ele possa matar-se (suicidar-se) ao ser tratado com a mesma hostilidade e sadismo com os quais trataria o objeto externo (FREUD, 1917a).

Segue abaixo vinheta em que consta relato de tentativa de suicídio por parte de uma mãe que perdeu uma filha.

“A primeira vez eu tentei me matar com uma corda, do meu roupão. E o desespero era tão grande, a dor era tão grande que eu não via mais o mundo lá fora. Eu não sentia mais que tinha uma vida.” (Trecho da fala de E., durante uma entrevista).

O suicídio aparece para essa entrevistada como uma saída para não mais ter que conviver com a dor e com a ausência da filha. Aqui o processo de refazer a vida após a morte de um filho mostra sua dificuldade inerente.

Voltando à melancolia e à complexidade das informações expostas, retomamos Freud (1917c), que nos atenta para o fato de que na melancolia estamos nos defrontando com um método especial de abordagem de conflito. Mesmo que haja componentes comuns entre esse quadro e as neuroses, ele aposta no quanto a psicanálise pode aprender com esse campo de conhecimento. Ou seja, ele aponta para a necessidade de uma abordagem clínica diferenciada da neurose para a melancolia, mesmo que haja pontos em comuns entre as duas.

Freud (1917a) compara a melancolia a uma ferida aberta que atrai para si todas as energias catexiais que nas neuroses de transferência são chamadas de anticatexias. Essa ferida esvazia o ego até que fique totalmente empobrecido. Diante disso, Freud (1917a) se questiona se uma perda no ego, golpe puramente narcisista contra o ego, independentemente de qual seja o objeto, não basta para produzir o quadro melancólico. Outra coisa sobre a qual se questiona é se o empobrecimento do ego nos quadros melancólicos não seria capaz de produzir doenças devido às toxinas.

O aspecto mais notável da melancolia é apontado como sua tendência a tornar-se mania, ou seja, um quadro sintomático oposto. O ciclo melancolia-mania pode ser regular ou ausente. Parece que ambas se referem à mesma coisa. Ambas lutam com o mesmo teor de sofrimento, sendo que na melancolia o ego sucumbe a ele enquanto que na mania ele é dominado ou posto de lado.

Diante de toda a complexidade intrínseca aos processos de perda uma conclusão é clara: não é por acaso que não lidamos bem com o pensamento, e ainda mais com a ocorrência, da perda de outrem.

Somos censurados a pensar na morte de outra pessoa, sobretudo quando ela implica em liberdade, ganho de propriedade ou ascensão de posição. Sempre que uma morte acontece, ficamos profundamente atingidos na medida em que isso abala nossas expectativas. É comum que passemos a sentir e a pensar coisas positivas em relação àquele que morreu. Observa-se a negligência pelas más ações realizadas pela pessoa e ênfase em tudo o que seja mais favorável a ela no momento de sepultá-la. Essas são as atitudes comuns diante do morto, que não mais necessita de toda essa consideração (FREUD, 1915a).

Essa atitude para com a morte é proporcionada por nossa crise diante da extinção de alguém que amamos (FREUD, 1915a).

Nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no túmulo com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente perdido. [...] Nossos laços emocionais, a insuportável intensidade de nosso pesar, nos desestimulam a cortejar o perigo para nós mesmos e para aqueles que nos pertencem. (FREUD, 1915a, p.301).

Freud (1915a) explica que ao nos depararmos com a morte do ente querido sofremos de uma paralisia pelo pensamento de quem poderá substituí-lo – o filho junto à mãe, o marido junto à esposa, o pai junto aos filhos – para aquele que sobreviveu. Daí a tendência já mencionada de excluirmos a morte de nossos projetos de vida que, em contrapartida, traz consigo diversas outras renúncias e exclusões.

A dor de perder alguém amado refere-se a perder uma parte do próprio eu amado, identificado ao objeto perdido. Contempla também certa satisfação na medida em que em cada pessoa amada há também algo de estranho. Retoma-se aqui mais uma vez o processo de escolha objetal pautado na ambivalência, que, de acordo com Freud (1915a) era muito mais evidente nos tempos primevos.

A dificuldade de aceitar a morte de outrem se deve à indisposição do homem de reconhecer-se a si próprio como morto. Foi ao lado do cadáver de seus entes queridos que o homem admitiu o advento de sua própria morte, mas sem poder atribuir a ela o significado de aniquilamento. Foi assim que os espíritos e a divisão do indivíduo em corpo e alma surgiram. Dessa forma foi-se deixando de lidar com a

ideia de desintegração em troca de pensar nos mortos como base para a suposição de novas formas de existência, como a concepção de vida que pode continuar após a morte, que seria um fim somente aparente (FREUD, 1915a).

Essas formas de existência subsequentes ganharam força tamanha, que com o tempo as religiões conseguiram passar a ideia de que tais formas de vida futura são mais desejáveis do que a única verdadeiramente válida, reduzindo esta a uma mera preparação para a próxima, como explicitado nas vinhetas.

“É... ela hoje é um anjo intercessor, digamos assim né, e graças à Deus ela está bem, né, a gente tem certeza disso. Que ela tá muito melhor do que... Que tá acontecendo muita coisa ruim né e acho que lá em cima ela tá bem melhor do que nesse mundo.” (Trecho da fala de H., durante uma entrevista).

“Não adianta chorar, ‘ai meu Deus!’... Deus já levou, já está com Ele lá. Porque eu acredito no céu, eu acredito no... Na outra vida, isso me ajuda.” (Trecho da fala de E., durante uma entrevista).

Para além de proporcionar a ideia de continuidade de vida para o ente querido morto, as religiões apresentam a promessa de um reencontro com ele. A crença nessas promessas apresentou-se como elemento quase fundamental para a sobrevivência das mães entrevistadas ao evento da perda.

Tudo isso tem como finalidade última destituir a morte de seu significado de término da vida. A partir disso, as religiões lançaram a crença na imortalidade e também os primeiros mandamentos éticos, como a proibição “Não matarás” (FREUD, 1915a).

Mesmo com a instituição cultural de toda essa atitude diante da morte, Freud ressalta que a atitude inconsciente permanece a mesma. Desde o homem primevo, nosso inconsciente não crê na própria morte, agindo como se fosse imortal. O medo da morte não advém, portanto, do inconsciente. Ele é, geralmente, fruto do sentimento de culpa. Freud (1915a) situa na culpa e na ambivalência os fios condutores à doutrina da alma e à ética, que mais tarde foram substituídas pela instauração da neurose. Todo esse aparato deve servir em favor de tornar a vida mais tolerável. A ilusão perde todo o seu valor se tornar as coisas ainda mais difíceis.

Freud (1916a) retoma a questão das ilusões e frustrações quando fala dos pacientes que não toleram nenhuma dose de sofrimento. Quando, em análise se pede que o paciente renuncie provisoriamente a alguma satisfação agradável

imediate em prol de chegar a um resultado melhor, o que implicaria em aceitar certa dose de sofrimento temporário, o paciente afirma que já sofreu o bastante na vida e que não mais se submeterá a qualquer necessidade desagradável. Essa afirmativa advém de uma sensação por parte dos pacientes de que já tiveram de renunciar a muitas coisas e que já foi difícil o suficiente suportar o sofrimento pelo qual passaram. Diante disso, fica evidente como para o analista é difícil intervir junto a esses pacientes, nomeados por Freud (1916a) de exceções, no sentido de tomar o paciente em uma implicação com o tratamento, tendo em vista que eles se constituem enquanto exceções e que assim pretendem prosseguir.

A ideia de ser uma exceção remete à pergunta que, em algum momento todos nós fazemos, que diz respeito ao lugar em que nascemos e que ocupamos no mundo. Por que é que uma pessoa nasce em um contexto rico e outra nasce em contexto pobre? Por que é que um indivíduo é branco e o outro é pardo? Por que é que Maria casou-se e Paula não? Por que é que o filho de uma morreu e o da outra não? Essas perguntas, que tratam daquilo que é considerado como desvantagem em relação ao outro, são lançadas à natureza exigindo reparações aos nossos ferimentos narcísicos, de natureza sempre primitiva (FREUD, 1916a).

“[...] porque na hora que aconteceu eu achei que era só eu, só pra mim que tinha acontecido e que não era justo acontecer... não comigo, mas com o meu filho, que era um menino de vinte e oito anos, lindo, vaidoso, cheio de sonhos, não... num dá pra gente aceitar.” (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

“[...] não aceito da maneira como foi feito. Poderia ser até por um acidente, mas um outro ser humano tirar a vida de uma criatura tão maravilhosa, é uma criança, 17 anos é um menino, é uma criança.” (Trecho da fala de SM., durante uma entrevista).

É comum encontrarmos nos discursos das mães do grupo um senso de injustiça. As entrevistadas se dizem boas mães, com bons filhos, e isso justificaria um merecimento de que seus filhos permanecessem vivos por muitos anos. É comum procurarem explicações acerca do que fizeram de errado para merecer o sofrimento de perder um filho.

A exigência de reparação assemelha-se ao que Freud (1921) diz a respeito da necessidade de justiça social, que versa sobre uma exigência de igualdade. Em verdade sob a máscara de uma suposta consciência social, o que se está questionando é: por que o outro tem o que eu não posso ter? Ou mesmo, por que eu

tenho que sofrer se o outro não está sofrendo? Freud (1921) dá um exemplo. Contamos que o que mascara o pavor do sífilítico de contagiar outras pessoas é, em realidade, um desejo inconsciente de efetivamente propagar a sua infecção (por que também não os outros?).

Faço aqui uma pausa na retomada dos textos de Freud por considerar importante, no presente momento do trabalho retornar brevemente a minha experiência no grupo de apoio a enlutados e aos meus atendimentos clínicos a mães que perderam filhos. Recordo-me que em minha escuta dos relatos das mães cujos filhos morreram, tanto no grupo quanto em sessões psicanalíticas, foi muito recorrente falarem de um sentimento de culpa em relação à morte dos filhos, conforme exemplificado por intermédio das vinhetas. Também me chamou a atenção como esses filhos que morreram são retratados por suas mães, geralmente como o melhor entre todos os filhos e enquanto o mais presente em suas vidas. Estes elementos me levaram a pensar que há algo de um investimento narcísico que proporciona uma identificação muito forte entre essas mães e seus filhos mortos.

Entendendo que a identificação emerge enquanto componente fundamental em qualquer relação e que a relação da mãe com o filho se pauta em uma identificação de ordem narcísica (FREUD, 1917c), seguiremos com a imersão na construção do conceito de identificação na obra freudiana, seguindo a hipótese que lançamos no início deste trabalho de que a identificação narcísica mãe-filho dificulta a elaboração completa do luto facilitando manifestações de sofrimento melancólico.

Reconheço que esta não é a única possibilidade para o prosseguimento do trabalho, mas é a que me parece mais frutífera para a elucidação das questões postas.

3. CAPÍTULO 2 – IDENTIFICAÇÃO, INCORPORAÇÃO E CULPA

Em “Totem e Tabu”, Freud (1913) fala de uma culpa que herdamos dos povos primitivos pelo assassinato do pai da horda. No texto “Psicologia de grupo e análise do Ego”, de 1921, Freud desenvolve ainda mais a questão da culpa, relacionando-a às ideias apresentadas em suas publicações anteriores. Em texto posterior, Freud (1923) fala da culpa como uma das consequências do Complexo de Édipo infantil.

Ressaltamos a importância do texto “Psicologia de grupo e análise do Ego” (FREUD, 1921) para o presente trabalho na medida em que, para além de retomar e aprofundar o conceito de culpa, o faz por intermédio do conceito de identificação.

Como vimos no capítulo anterior, a identificação com o objeto perdido ou partes dele e o vínculo associado a esta identificação pode ligar-se a diferentes sofrimentos, luto ou melancolia, como veremos mais detalhadamente neste capítulo.

Freud (1921) inicia o texto dizendo da influência em cada indivíduo de todas as pessoas que lhe são importantes, como os pais, irmãos, pessoas amadas e apresenta sua expectativa de poder descobrir os primórdios do que chama de um instinto social primitivo por intermédio do círculo social mais estreito do ser humano: a família.

Neste texto introduz conceitos como o de grupo psicológico (elementos heterogêneos que se unem formando um novo ser com características bastante diferentes das possuídas por cada elemento individualmente) e o de inconsciente racial (que emerge no grupo e que faz com que tudo o que é heterogêneo submerja no que é homogêneo), que podem ser compreendidos por intermédio da ideia de sugestibilidade.

A sugestibilidade se refere ao efeito presente entre as pessoas de se influenciarem entre si a partir da ideia de um líder. Freud descreve que o grupo pode ser hipnotizado e ficar fascinado pelo objeto que lidera e estabelece a sua coesão. O líder, que deveria ser alvo de rivalidade entre os membros do grupo, passa a ser compartilhado por eles porque o lugar que o líder ocupa para o grupo está acima deste. Portanto, para cada membro do grupo fica clara a impossibilidade de alcançá-lo. Logo, perde o sentido quebrar a coerência para tentar conquistar o

inconquistável. A coesão do grupo, então, se mantém pautada na ideia de que permanecendo juntos, o líder pode amar a todos de maneira igual, o que é melhor do que não ser amado (FREUD, 1921).

A manutenção do grupo exige ilusões e, de forma alguma, anseia pela verdade. É a partir da necessidade de manter-se agrupado que o ser humano pode desviar seus impulsos pulsionais do objetivo de união sexual, embora Freud (1921) advirta que boa parte da libido conserve sua natureza sexualizada original. O que propicia as catexias libidinais aqui tratadas remete a Eros, o representante do amor, ou seja, o que mantém o grupo unido é o amor vinculado ao processo de identificação.

Freud (1921) define a identificação da seguinte forma

A identificação é conhecida pela psicanálise como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa. Ela desempenha um papel na história primitiva do complexo de Édipo. Um menino mostrará interesse especial pelo pai; gostaria de crescer como ele, ser como ele e tomar seu lugar em tudo. Podemos simplesmente dizer que toma o pai como seu ideal. Este comportamento nada tem a ver com uma atitude passiva ou feminina em relação ao pai (ou aos indivíduos do sexo masculino em geral); pelo contrário, é tipicamente masculina. Combina-se muito bem com o complexo de Édipo, cujo caminho ajuda a preparar (FREUD, 1921, p. 115).

Pormenorizando os conteúdos condensados nessa definição, entendemos que dentro de uma família, o desenvolvimento infantil geralmente conduz o menino a desejar sua mãe, e a ter sentimentos ambivalentes pelo pai (lembrando que o amor objetual pela mãe também se funda na ambivalência, que permitiu a percepção de objeto). Na medida em que admira o pai e deseja ser ele, o menino o ama. Na medida em que deseja tomar o seu lugar para ficar com a mãe, ele o odeia. Ambos os sentimentos estão contidos no processo de identificação, que pode expressar ternura e hostilidade (desejo de afastamento), simultaneamente.

O processo de identificação comporta-se como derivado da fase oral, período em que o bebê desenvolve sentimentos de afeto e/ou hostilidade pelos objetos experimentando-os, colocando-os na boca e, quando é o caso, fazendo a ingestão daquilo que deseja ter em si (FREUD, 1921). O processo de identificação, que se liga à oralidade, remonta à ideia de canibalismo, devoramento e aniquilação, palavras que, por sua vez, não podem deixar de ser associadas à morte. Ter o objeto por devoração é aniquilá-lo.

A partir do momento em que nos identificamos com algo, introjetamos⁸ no ego as características desse algo que desejamos. Nesse processo não chega a haver uma fusão entre sujeito e objeto, visto que ele não é devorado como um todo. Cada indivíduo pode permanecer com sua individualidade e características próprias (FREUD, 1921). Porém, como pensar a identificação realizada com alguém que morreu? Alguém, que, de uma hora para outra, deixa de existir e de manter sua vida individualmente?

Freud (1921) nos explica que quando perdemos ou renunciamos a um objeto, há algo que ocorre em lugar da identificação estabelecida com ele. O que substitui a identificação que havia sido feita com as características do objeto que é perdido, é uma completa introjeção dele no ego. Tal processo é comum nos casos de melancolia. Freud (1933a) retoma que na melancolia, a escolha objetual regride a este tipo de identificação 'narcísica'.

Como já mencionado em "Totem e Tabu" (1912) e em "Luto e Melancolia" (1917a), Freud (1921) retoma e comenta as principais características da melancolia. A mais notável de suas causas, ou seja, sua etiologia, trata da perda real ou emocional de um objeto amado (ou um ideal). A mais marcante dentre suas características é uma cruel autodepreciação do ego. O sujeito melancólico é extremamente autocrítico e vive a se autocensurar, como já vimos no capítulo 1. Toda essa autodepreciação destina-se, em verdade, ao objeto amado que morrera e que fora introjetado no ego. Ao invés de poder destinar sua agressividade ao objeto externamente, destina-se agora ao próprio ego já que o objeto, incorporado, jaz ali. Censurar o objeto, mesmo que em si mesmo, significa vingar-se dele, vingança que se pauta na faceta do ódio constante da ambivalência dos sentimentos expressos pelo objeto.

A parte do ego que maltrata o objeto incorporado ao ego já era conhecida por Freud e fora apresentada em 1914, no texto sobre o narcisismo. Retomando, trata-se de uma instância crítica que habita o ego, isolando-se dele em função dos conflitos com ele, a que Freud (1921) chama de "ideal do ego".

Somos pautados em nosso ideal do ego para fazermos nossas escolhas objetais. Idealizamos nossos objetos, identificamo-nos com eles e introjetamos suas características que desejamos. A identificação é uma via indireta para conseguirmos

⁸ Termo de Ferénczi (1909) retomado por Freud quando fala da identificação narcísica na melancolia.

algo que gostaríamos de adquirir para o ego, para satisfazermos nossas necessidades narcísicas ordenadas pelo ideal de ego (FREUD, 1921). Tendemos a amar aquilo que idealizamos e a realização disto é feita por intermédio da identificação com o objeto 'ideal'.

Há outra situação, quando ocorre uma frustração na catexia do amor objetual, na qual o objeto acaba por ocupar um espaço maior no ego, acabando por consumi-lo. Trata-se de quando "o objeto foi colocado no lugar do ideal do ego". Nesse quadro, tudo o que o objeto pede, deve ser feito. O ego fica cego de amor e o senso crítico não atua quando se trata de satisfazer o objeto, pois tudo o que ele faz e pede é correto (FREUD, 1921, p.123). Vemos isso claramente nos casos de paixão, nos quais o ego fica completamente submetido ao objeto adorado que pode ser vivenciado como uma duplicação de si.

Questiono-me se essa não poderia ser uma descrição possível dos quadros melancólicos das mães que perdem seus filhos e acabam por incorporá-los, a partir deste processo de identificação narcísica. Questiono-me ainda se seria possível que a incorporação fosse acompanhada de uma continuidade ou intensidade de investimento amoroso no objeto (ao invés do abandono). Esses estados de estar amando são chamados de fascinação ou servidão (FREUD, 1921), algo que parece bastante presente no discurso das mães que perderam seus filhos, objetos que descrevem como perfeitos após sua morte.

Quando retoma a melancolia, no modelo cíclico em que oscila do quadro depressivo ao maníaco, Freud (1921) considera a hipótese de que o ideal de ego poderia temporariamente converter-se no ego, depois de tê-lo governado com intenso rigor. Ele nos esclarece que nos casos de mania, não se pode ter dúvidas de que ego e ideal de ego se fundem, de forma que a pessoa fica momentaneamente sem seu agente crítico ativo e pode desfrutar de uma pausa de suas inibições. Sabe-se que o ideal de ego é o responsável por identificar para o superego o que deve ser recalçado. Sendo assim, o recalque tende, sobretudo, a incidir sobre tudo o que não é ideal ao psiquismo. Ou seja, sobre aquilo com o que não nos identificamos e que potencialmente nos ameaça.

Freud (1921) descreve que sentimos uma sensação de triunfo quando nos aproximamos de nosso ideal do ego, quando há encontro com o eu ideal⁹. Já quando há tensão entre eles, emergem sentimentos de culpa e de inferioridade.

Existem melancolias em que não se observa oscilação para a mania. São melancolias simples que não apresentam essa mudança (FREUD, 1921). Ao que parece, esses quadros não dão qualquer brecha para o ego sentir-se menos culpado.

Retornando à questão da identificação, chamamos atenção agora ao texto “O ego e o id”, de 1923, no qual Freud retoma conceitos dos textos “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), “Além do princípio do prazer” (1920) e “Psicologia de grupo e análise do ego” para entender melhor a constituição do aparelho psíquico, fortemente pautado em sua segunda tópica, o que nos possibilita avanços no entendimento principalmente das instâncias do ideal de ego, superego e do ego (inicialmente unificados), que muito nos interessam para discutir os conceitos de identificação e a questão da culpa.

Freud (1923) nos proporciona uma clarificação de sua compreensão da melancolia, explicando que quando o objeto é perdido se instala dentro do ego pelo mecanismo de introjeção. Nesse processo, a catexia do objeto é substituída por uma identificação. Essa instalação do objeto no ego é muito mais típica do que Freud pensava anteriormente e tem uma importante função na determinação da forma tomada pelo ego, passando a exercer grande influência na construção de seu caráter.

Com a introjeção, a libido antes catexizada ao objeto externo retorna ao ego sob a forma de libido narcísica dessexualizada (o que caracteriza, segundo Freud uma espécie de sublimação) que serve a outras finalidades (FREUD, 1923).

Freud (1923) nos fala a respeito de uma possível confusão gerada quando o ego realiza demasiadas identificações poderosas com objetos distintos que podem ser, por vezes incompatíveis entre si. Nestes casos, as identificações permanecem separadas umas das outras, podendo ocasionar uma cisão do ego. Freud (1933a) explica que em caso de cisão do ego, ele não se partirá em pedaços ao acaso, mas de acordo com suas brechas e rachaduras. Para garantir melhor compreensão do

⁹ Lembrando que o eu ideal remete à herança do narcisismo primário, em que o eu é dotado de onipotência e autoestima. Já o ideal de eu é herdeiro dos preceitos sociais e dos ideais dos pais, o que conduz o sujeito a perseguir determinados objetivos para o outro, para ser aprovado e amado.

que está dizendo, propõe uma analogia com a quebra de um cristal. Diz que se atirmos um cristal ao chão, ele se desfará em pedaços de acordo com linhas de clivagem e de certos limites previamente determinados em sua estrutura.

É importante destacar que os efeitos das identificações realizadas na primeira infância serão sempre importantes e duradouras, ainda que o ego desenvolva capacidade posterior para resistir às interferências das catexias objetais que foram abandonadas (FREUD, 1923).

Na fase oral do bebê é impossível diferenciar o que consiste em catexia objetual e o que consiste em identificação. Porém, posteriormente, as catexias provêm do id, o qual obedece as tendências eróticas, tendo-as como imperativo. O ego, que surge do que antes era id, em seus primeiros momentos ainda fraco, começa a ter que lidar com as exigências do id. O id envia parte da libido para catexias objetais eróticas, o que fortalece o ego, que tenta se apoderar de parte dessa libido para impor-se ao id enquanto objeto amoroso (por isso as pulsões conservadoras auto-eróticas e as sexuais da primeira teoria – que serão vistas no capítulo 3 - são reformuladas na segunda teoria das pulsões: o ego, conservador, se faz objeto de amor ao id, para satisfazê-lo libidinalmente). Daí tem origem o narcisismo secundário, que é o narcisismo do ego, proveniente do desvio de libido dos objetos para si próprio (FREUD, 1923).

Freud (1923) nos conta que a origem do superego remonta a mais primitiva e importante das identificações: a identificação com o pai. Essa identificação se efetua após a dissolução do Complexo de Édipo quando a criança, diante de uma atitude ambivalente para com o pai e de uma relação de objeto amoroso com a mãe tem de abandonar essa sua posição no triângulo edípico e se identificar mais com o pai ou com a mãe. Freud aponta que devido à bissexualidade constitucional de cada pessoa, ambas as opções são possíveis para qualquer criança. Qualquer uma delas, no entanto, leva o menino no caminho do temor à castração na medida em que ou deseja ocupar o lugar do pai para ficar com a mãe e será obrigado a deixar a batalha sob a ameaça da castração; ou desejará ocupar o lugar de sua mãe, para ficar ao lado do pai, também sob a égide da castração por abdicar do lugar fálico.

A conclusão quanto à identificação com o pai é que o processo de identificação forma um precipitado no ego que representará o agente crítico e castrador do ego – o superego. O ego, então, passa a servir a três senhores que lhe impõem desejos de naturezas distintas: o id, o superego e o mundo externo. É

diante disso que emerge o conflito neurótico no indivíduo, cujo ego tenta resolver. Enquanto o id faz exigências ao ego da realização de catexias objetivas eróticas, o superego, originário do ideal de ego, dita como o ego deve ser e como o ego não pode ser, com base na herança do Complexo de Édipo (o medo da castração) (FREUD, 1923). O superego de uma criança é construído de acordo com o superego de seus pais e não de acordo com o que efetivamente são seus pais, como se poderia pensar (FREUD, 1933a).

Freud (1923) afirma que quanto mais rápida é a dissolução do Complexo de Édipo, ou seja, quanto mais cedo o ego sucumbe à repressão (não exclusivamente pela função paterna, mas também pela influência do ensino religioso e da escola), maior será a dominação do superego sobre o ego e, em consequência disso, maior será o sentimento inconsciente de culpa. O grau de aproximação entre o ego e o êxito no cumprimento das exigências do superego é mensurado pela consciência e provoca no ego o sentimento de fracasso e de culpa.

É comum observarmos na clínica psicanalítica algo como uma reação negativa, algo que se aproxima do que já fora mencionado por Freud (1916a) a respeito dos pacientes que não mais suportam qualquer dose de frustração e sofrimento. Freud (1923) explica essa reação ao tratamento como alguma coisa que impede o paciente de se aproximar de seu restabelecimento, tendo em vista que a iminência da melhora parece ser temida como se fosse um perigo. Nesses pacientes, Freud (1923) percebe que essa resistência remete a um fator moral, ao sentimento de culpa, que faz com que o ego encontre satisfação na doença e se recuse, em verdade, a abandonar a punição decorrente do sofrimento. As vinhetas a seguir demonstram a enorme dificuldade das mães que perdem filhos de se reestabelecerem:

“Daí tem, o decorrer do tempo, às vezes eu tô alegre, [...] hoje de manhã eu tava chorando, sabe? Sabe, assim, de repente meus olhos enchem de lágrima. [...] Outra hora eu sorrio, porque eu lembro dele dando risada e dizendo as coisas, dentro de casa.” (Trecho da fala de A., durante uma entrevista).

“Eu tenho também muitas recaídas, né? É como quem usa drogas, quem usa álcool, né? Tem as recaídas da gente. A gente um dia tá muito forte, né, para enfrentar a vida, tudo; e tem dias que aquilo pega a gente com muito peso.” (Trecho da fala de I., durante uma entrevista).

“Quando você acha que você tá melhor, você tem uma recaída, quando você acha que as coisas, parece que tão se encaminhando, acontece alguma coisa que você

fica muito abatida, né? É um processo complicado. [...] Eu falo: quando eu tô achando que tô um pouquinho melhor acontece alguma coisa, né? Acontece alguma coisa, daí recai.” (Trecho da fala de O., durante uma entrevista).

“Claro que tem dias que a gente recai e que, e pede realmente pra que a morte chegue rápido, entendeu? [...] Tem um dia ou outro que eu recaio, aí não tem jeito.” (Trecho da fala de S., durante uma entrevista).

A partir das falas, pode-se pensar que a cristalização do ego na doença e no sentimento de culpa está ligada a uma impossibilidade de o ego se libertar das pressões sofridas pelos objetos amados, como é o caso do superego (que representa o pai) e o mundo externo.

Freud (1917b) nos diz que não são todas as pessoas que conseguem manter a plasticidade ou livre mobilidade da libido. A principal limitação implicada por essa incapacidade é que a satisfação da pessoa fica vinculada e muito dependente de um pequeno número de fins e de objetos.

A restrição do investimento libidinal a determinados e poucos objetos e a tenacidade (adesividade) com que a libido, por vezes, adere a eles, surge como fator independente, variando de pessoa para pessoa (FREUD, 1917b). No texto “Análise terminável e interminável”, de 1937, Freud retoma isso que nomeia de “adesividade da libido”. Relata que a análise dos pacientes que apresentam essa característica libidinal, tem ritmo muito mais lento quando comparada com as demais. Isso se justifica pelo fato de que, aparentemente, esses pacientes não podem optar por desligar catexias libidinais de determinado objeto para deslocá-las para outro, o que configura o que Freud chama de “lealdade libidinal”.

Freud (1937) diz considerar normal encontrar na clínica determinada quantidade de “inércia psíquica”, mas isso geralmente acontece quando a análise abriu ao paciente novos destinos pulsionais que o fazem, naturalmente, hesitar.

Há enfermidades nas quais o superego é bastante severo para com o ego em que o sentimento de culpa é consciente. Nesses casos, o superego inclusive é cruel com o ego, dirigindo toda a sua ira contra ele. O sentimento de culpa presente na melancolia se enquadra nessas características, pois é consciente, mas de forma alguma pode ser abandonado pelo paciente tendo em vista que frequentemente constitui o único vínculo que resta com o objeto amoroso perdido (FREUD, 1923). É o que ocorre na melancolia.

Na melancolia o ego sofre calado, sem rebelar-se contra os ataques do superego, pois assume a culpa e submete-se ao castigo. O que acontece é que o objeto ao qual a ira do superego se destina não está fora do ego, tendo sido incluído no ego por intermédio do processo de identificação. A crueldade do superego em atacar e repreender o ego é dotada de sadismo, de um teor destrutivo. Ou seja, o que influencia o superego é algo da ordem da pulsão de morte e pode, de fato, levar o ego à morte caso o ego não se afaste de seu pai tirano a tempo (FREUD, 1933a).

Uma saída possível é a mania, já comentada anteriormente. Na fase maníaca do quadro melancólico, o ego parece reabilitado e goza novamente de todos os direitos do homem. É como se o superego tivesse perdido sua força ou já estivesse fundido ao ego, o que propicia a este grande satisfação de seus apetites (FREUD, 1933a).

Distinta possibilidade é a psicanálise enquanto tratamento, que é um instrumento que propõe que o ego consiga maior independência do superego e uma conquista progressiva do id (FREUD, 1923). No entanto, nos momentos de mania, justamente por 'resolverem' sintomaticamente a melancolia, os pacientes acabam por apresentar as maiores resistências ao tratamento. O tratamento acaba por propor uma saída distinta para algo (sofrimento melancólico) que o paciente maníaco (na maior parte das vezes, eufórico) considera, muitas vezes, já resolvido. Daí sua resistência.

Outra consideração importante em termos de saída do ego dos emaranhados mortíferos da melancolia, diz respeito ao fato de que a atitude do ego não é imparcial para com a pulsão de vida e de morte. Visando defender-se da morte, o ego teve de acumular libido dentro de si e tornar-se representante de Eros, na busca de viver e ser amado. Assim sendo, toda a forma de ameaça e perigo – oriundos do mundo externo, do superego e do id - com os quais o ego se depara são transformados em ansiedade. Essa reação primitiva é depois substituída pela efetivação de catexias protetoras (FREUD, 1923).

O medo da morte nos melancólicos existe quando o próprio ego se abandona por sentir-se odiado e ameaçado pelo superego, e não amado (FREUD, 1923). No texto "Inibições, sintomas e ansiedade", Freud (1926) retoma a questão do medo da morte, comparando e assemelhando-o ao medo da castração. Em ambos os casos o ego está se havendo com a iminência de ser abandonado pelo

superego protetor. No medo da morte, o superego está representado nos poderes do destino e o ego teme ficar sem proteção contra os perigos que o cercam.

Para além do medo de perder a proteção do superego, o ego teme também a perda de seu amor, fato que é gerador de angústia. Freud (1926) nos conta que quando a criança está sozinha, com medo ou na companhia de um estranho, ela se sente angustiada pela falta da mãe e convoca a imagem mnêmica que dela possui, imagem esta intensamente catexizada. A ansiedade sentida pela criança se refere a uma reação à perda sentida do objeto que é análoga ao medo da castração. Ambos retratam um medo da separação de um objeto precioso que remete a mais primitiva das ansiedades: a separação da mãe após o nascimento. Associada à separação da mãe, está a questão do desamparo inicial. O superego, enquanto herdeiro da função reguladora dos pais, tem função aplacadora nesse desamparo, que se repete por diversas vezes ao longo da vida e que é gerador de muita angústia.

A psicanálise nos mostra ser de suma importância para a sobrevivência do ego na melancolia, lançar mão de mecanismos de defesa que possam preservar o ego da morte, quando esta se mostra sempre iminente em função da pulsão de morte (a pulsão de morte será melhor desenvolvida posteriormente).

No texto “Neurose e psicose” (1924), Freud nomeia a melancolia de uma “psiconeurose narcísica”, por caracterizar um conflito entre ego e superego, no qual o superego, uma instância interna, assume a representação das exigências da realidade, podendo produzir um efeito patogênico no ego. A frustração quando o ego fracassa é de ordem interna. Uma saída para o ego, apontada por Freud nesse texto, diz respeito ao ego ceder a uma das forças: ao id ou ao superego. Contudo, logo em seguida Freud faz a ressalva de que essa saída aparentemente simples torna-se inviável, pois o superego contém influências tanto do id (a partir do momento que introjeta os pais que foram durante algum tempo alvo de catexias objetais) quanto do mundo externo (quanto às regras, moral, educação). De certa forma, o superego constitui um modelo ideal a ser seguido pelo ego para a reconciliação das instâncias.

Outro caso citado por Freud (1928) que diz respeito ao quadro melancólico constitui o texto “Dostoiévski e o parricídio”. Freud fala da moléstia melancólica de Dostoiévski também originária da morte de seu pai. Dostoiévski relatou sofrer de crises semelhantes à morte, que contemplavam um temor à morte e estados letárgicos. Essas crises indicavam uma identificação de Dostoiévski com o pai morto,

mas poderiam também significar a identificação com alguém que ainda está vivo, mas que o indivíduo deseja que morra. A crise de morte, no caso de quando há um morto efetivamente envolvido, simboliza a realização do desejo de que a pessoa morresse, bem como a culpa pelo fato de o desejo ter-se realizado. O processo de identificação com o morto, no caso de Dostoiévski com o pai, tornou-o seu próprio pai, trazendo-lhe a sensação de estar morto. Veremos nas próximas vinhetas apresentadas no início do próximo capítulo, como isso claramente foi descrito pelas mães como uma sensação de estarem mortas ou quererem morrer, tal como seus filhos.

Na conferência XXXI, “A dissecação da personalidade psíquica”, de 1933, Freud afirma que o ego pode tomar-se a si próprio como objeto e tratar-se tão mal quanto poderia tratar outro objeto.

Freud nos apresenta a melancolia enquanto uma afecção na qual quem dela padece desenvolve um modo muito próprio de funcionar em termos psicodinâmicos, ao qual retornaremos posteriormente. A melancolia apresenta a possibilidade de uma incorporação do morto no ego a partir de uma catexia objetual que regride diante da morte do objeto a uma identificação. A identificação situa suas bases claramente em questões narcísicas. As instâncias do ideal do ego e do superego exigem do ego que cumpra suas ordens. Com a incorporação do morto, por intermédio da identificação narcísica, é possível que essas exigências tenham peso ainda maior, principalmente quando o morto é um filho. A partir disso, podemos pensar que quando as demandas incorporadas são impossíveis de serem cumpridas, entrar-se-á em contato com a castração e isso gerará frustração, angústia e culpa.

Acredito que essas considerações podem estar intimamente relacionadas com outras questões que fomentam este trabalho. A mulher que tem um filho e que o perde, perde o quê junto com ele? Que filho é este que é perdido? Quais as consequências dessa perda em sua vida pulsional? A ideia da constituição narcísica do ser humano ajuda a pensar essas questões, assim como o estudo dos destinos das pulsões parece importante para sua compreensão. O capítulo a seguir, propõe uma implicação com as questões recém-postas, que puderam ser pensadas a partir da construção dos capítulos já apresentados.

4. CAPÍTULO 3 – AS PULSÕES E A FERIDA NARCÍSICA

Neste capítulo, veremos os desdobramentos pulsionais da catexia objetal que retorna frustrada ao eu com a perda do objeto. Estamos falando do par sadismo-masiquismo e da ambivalência amor-ódio. Falamos aqui das pulsões atuando em confluência com as escolhas objetais narcísicas e que, diante da perda, acabam por desintrincar ataques voltados ao ego, que se encontra vulnerável devido à abertura da ferida narcísica.

No ano de 1905, Freud publica o texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, no qual tece algumas considerações acerca das pulsões, associando-as a aspectos sexuais, sádicos e sociais, questões que aprofunda mais em textos posteriores¹⁰. A investigação da questão da qual estamos tratando neste trabalho – acerca do sofrimento de mães que não concluem o luto pela morte de seus filhos – trouxe à tona a importância do vínculo narcísico estabelecido entre a mãe e o filho, que é perpassado por toda a questão da ambivalência e da culpa. Veremos neste capítulo que o masiquismo é um conceito fundamental dentro da teoria das pulsões que nos propicia compreender o sentimento das mães que perderam um filho de que nunca mais poderão ser felizes e a visão de que, diante desse sofrimento, a morte delas pode significar uma saída.

“Pra mim foi um trauma assim, com essa sequela. De eu ficar sem graça perto das pessoas. Com um ano acontecia, passaram-se dois, passaram-se três, passaram-se quatro. No quinto ano eu passei a ter assim, numa semana, bem frequente. Eu dizia que era uma ausência. Me dava uma ausência que eu achava que ia desmaiar. Eu tava assim, conversando e de repente eu não esquecia o que eu tava falando, me dava um escurão, uma ausência. Dai eu achava que ia desmaiar. E no começo a sensação que eu tinha era de morte, que eu ia morrer também. Assim, era tanta dor que eu jurava que eu não ia sobreviver. E quando me dava isso no começo, eu pensava assim: “eu vou morrer”. Sabe? Eu tava pronta pra morrer porque o meu filho tinha morrido. Quem sou eu para não morrer? Né? Eu queria morrer pra ficar com o meu filho.” (Trecho da fala de M. durante uma entrevista).

“Tinha vontade de rachar minha cabeça, sabe? Tive vontade de morrer, junto. Isso tenho que te contar! Pensei nisso, muitas e muitas vezes! [...] pensei onde aconteceu tudo, eu digo: ‘vou pegar o carro de noite e vou pra lá, lá eu morro também, junto com ele’, mas não fiz. Nem tentei, nenhuma vez. Pensei em tomar

¹⁰ “As pulsões e suas vicissitudes” (FREUD, 1915); “Além do princípio do prazer” (FREUD, 1920); “O mal-estar na civilização” (FREUD, 1930).

medicamento de monte, que daí eu já tinha na mão, né?” (Trecho da fala de A., durante uma entrevista).

“[...] não tem outro jeito a menos que a gente se mate.” (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

“Eu queria me matar, eu não queria viver. Eu queria dormir com ela, eu queria ir no cemitério todo dia ficar com ela lá. O melhor é que eu queria morrer. Eu até tentei me matar umas três vezes, mas eu não consegui. Acho que eu sou muito fraca. [...] Eu queria a minha filha, queria estar com ela, queria reverter a situação e eu como mãe me sentia muito impotente de não poder fazer nada por ela. Então eu pensava ‘Ah, o que eu estou fazendo aqui? Então eu vou morrer’, pra ver se eu me encontrava com ela.” (Trecho da fala de E., durante uma entrevista).

“E ele foi enterrado e eu fui praticamente enterrada junto com ele porque eu não levantei da cama mais, aí eu me entreguei de vez [...] Mas tinha horas, assim, que eu queria morrer mesmo, que eu pensava assim ‘pra mim é melhor que eu vá com ele, né? Vai acalmar, vai sumir a minha dor [...] a dor no coração da falta dele’. [...] Aí, eu queria morrer, queria morrer, só queria morrer porque eu não me conformava, entendeu, de ter perdido o meu filho.” (Trecho da fala de S., durante uma entrevista).

“Qual será que vai ser o meu fim? Porque eu não quero viver, eu não quero. Mesmo tendo a minha filha, meu marido, minha casa, parece que nada valia a pena, nem respirar mais!” (Trecho da fala de J., durante uma entrevista).

A perda desse “pedaço de si” que é o filho, parece conferir à mãe uma sensação que todo o seu eu foi perdido. A mãe parece não se reconhecer sem esse filho e em determinados momentos perceber a aniquilação de si como a única coisa lógica.

No texto “Além do princípio do prazer”, Freud (1920) explica que enquanto um grupo de pulsões se precipita para atingir a meta final da vida o mais depressa possível, o outro grupo pulsional empurra os avanços do primeiro para trás, com o objetivo de criar nova saída, prolongando a vida.

É notório que a partir do momento que a sombra do filho morto recai sobre a mãe, ela já não pode ser a mesma. Como já mencionado, a morte do filho lhe impõe uma auto-regra de que ela nunca mais poderá ser feliz como era antes.

Esse sofrimento de teor masoquista, relacionado à frustração ibidinal e dos ataques investidos contra o ego, vai se perpetuando por tempo indeterminado, por vezes perdurando até o fim de uma ainda longa vida e por vezes antecipando este fim. As participantes do grupo de luto frequentado recorrentemente citam o caso de uma amiga delas (B.), que também pertenceu ao grupo, que acabou falecendo, segundo elas, devido à perda do filho. Elas relatam que B. sempre pediu para morrer

e deixou de se cuidar totalmente. A causa de sua morte não apresenta justificativas médicas plausíveis. Foi uma doença auto-imune, que gerou diversas erupções na pele e que levou a óbito rapidamente.

Como muitas das mães tiveram câncer após a perda, elas também associam essa doença auto-agressiva¹¹, à violência cruel que é a dor de perder seus filhos.

Tendo em vista os diversos elementos ainda por clarear dentro da complexidade do tema proposto, optamos por seguir caminho com o estudo das pulsões e do feminino, com o objetivo de esclarecer o problema da culpa, do masoquismo e do desejo de morrer das mães que perdem filhos. Consideramos que são esses elementos, dentre outros, que se associam a não conclusão do trabalho de luto.

A história da civilização ensina que a crueldade e a pulsão sexual pertencem uma à outra da maneira mais estreita. Como exporemos nos próximos parágrafos, Freud (1905) aponta que a agressividade presente na pulsão sexual remete a um resto de apetite canibal. Nesse caso, o aparato de empoderamento, que serve à satisfação das necessidades sexuais, estaria a serviço de outra grande necessidade, ontogeneticamente mais antiga: a devoração.

A pulsão sexual contém um componente agressivo ativo que corresponde ao sadismo. A pulsão é obrigada a lutar contra certos poderes anímicos, como o sexual e o agressivo, em qualidade de resistências. Entre as resistências desenvolvidas se destacam a vergonha e o asco. Foi o surgimento das resistências que possibilitou circunscrever a pulsão dentro das fronteiras consideradas normais, fronteiras essas que se desenvolveram precocemente nos indivíduos, antes que a pulsão alcançasse a plenitude de sua força. São as resistências, então, que marcam a direção do desenvolvimento pulsional no homem.

As psiconeuroses se pautam em forças pulsionais de caráter sexual, que são barradas por essas resistências. A pulsão sexual é a única fonte energética que constitui as neuroses, de forma que a vida sexual das pessoas afetadas se exterioriza em fenômenos patológicos (sintomas) de maneira exclusiva, predominante ou parcial¹². Os sintomas são substitutos de aspirações que adquirem força por intermédio da pulsão sexual. Nota-se que os sintomas não se referem à

¹¹ O INCA (Instituto Nacional do Câncer) define o câncer como o crescimento desordenado e maligno de células do próprio corpo que tendem a efeitos agressivos e incontroláveis contra a vida.

¹² Freud vai reconsiderar isso em 1937 e 1938, em seus últimos textos, ao tratar dos traumas psíquicos.

expressão normal da pulsão sexual, mas constituem sua expressão convertida. Se fossem a expressão fidedigna da pulsão, seriam perversas (no sentido mais lato). Nesse modo não haveria difração pela consciência em fantasias e ações. Portanto, os sintomas são formados a partir de uma sexualidade anormal. Essa sexualidade é a do neurótico, que é o negativo do perverso.

A pulsão é a representante psíquica de uma fonte de estímulos intra-somática em contínuo fluir. É diferente do estímulo, que é produzido por excitações que vêm de fora. O que distingue as pulsões umas das outras e diferencia suas propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e com suas metas¹³ (FREUD, 1905).

A pulsão não atua como uma força cujo impacto é momentâneo, mas como uma força de impacto constante. Como essa força tem origem dentro do organismo, não há como fugir dela. O estímulo de ordem pulsional corresponde a uma necessidade e o que elimina a necessidade é a satisfação (FREUD, 1915b).

As pulsões têm origem em fonte somática. Contudo, somente as conhecemos por sua finalidade. Freud (1915b) supõe que as pulsões são qualitativamente semelhantes e que o efeito que causam se devem à quantidade de excitação que trazem em si ou a funções dessa quantidade.

A proposta de Freud (1915b) numa primeira teoria das pulsões é de distinguir as pulsões em dois grupos primordiais: as pulsões do ego ou autopreservativas e as pulsões sexuais. A hipótese dessa divisão surgiu conforme o estudo das “neuroses de transferência” (histeria e neurose obsessiva), que mostravam o conflito entre as exigências da sexualidade e as exigências do ego.

Ainda assim, Freud (1915b) permanece em dúvida acerca da possibilidade de encontrar indicadores decisivos para diferenciar e classificar as pulsões a partir da elaboração de seu material psicológico. Aponta que uma pulsão pode passar pelas seguintes vicissitudes: a) reversão a seu oposto; b) retorno em direção ao eu (ego) do indivíduo; c) repressão; e d) sublimação.

Todavia, neste texto de 1915 ele não se propõe a tratar das duas últimas vicissitudes. Considera as vicissitudes forças motoras que visam impedir que a pulsão seja elevada até o fim em sua forma original (o que chamávamos de resistências, no texto de 1905). Logo, trata-se de defesas contra as pulsões.

¹³ Essa questão é revista por Freud em textos posteriores, como “Os instintos e suas vicissitudes” de 1915 e “Além do princípio do prazer” de 1920.

Falemos mais das duas primeiras vicissitudes de acordo com Freud (1915b).

Em relação à reversão da pulsão a seu oposto Freud (1915b) explica que essa vicissitude pode resultar em dois processos distintos: a reversão da atividade para a passividade ou uma reversão de seu conteúdo. Exemplos do primeiro processo são os pares de opostos sadismo-masiquismo e escopofilia-exibicionismo. Neste caso, reverte-se a finalidade da pulsão: a ativa (no caso torturar e olhar) torna-se passiva (ser torturado ou olhado).

No caso da reversão de conteúdo, o exemplo é o da ambivalência, quando o amor transforma-se em ódio.

Já o retorno da pulsão em direção ao eu pode ser exemplificado pela própria transformação do sadismo em masiquismo, visto que retrata o sadismo retornando ao próprio ego; e pela escopofilia revertida em exibicionismo, quando remete a olhar para o seu próprio corpo.

Aprofundando um pouco mais o par sadismo-masiquismo, sabemos que o sadismo consiste no exercício de violência ou poder sobre o objeto (outra pessoa). No processo de reversão e de retorno pulsional ao próprio eu, esse objeto é abandonado e substituído pelo ego do indivíduo. Neste momento, o que era ativo, torna-se passivo. O processo pode ter seguimento com uma nova busca objetual, desta vez com uma diferença: o objeto terá agora que assumir o papel ativo, de sujeito.

Freud (1915b) faz a ressalva de que nessa reversão, o desejo primeiro de torturar não se transforma em masiquismo, mas em autotortura e autopunição. Logo, a voz ativa não se torna totalmente passiva, mas “reflexiva média”.

As sensações desagradáveis, como as de dor, incitam excitação sexual e provocam uma sensação agradável. É por isso que o sujeito experimenta de bom grado o desprazer causado pela dor.

Freud (1915b) utiliza o termo ambivalência, introduzido por Bleuler, para nomear o fato de o desenvolvimento de uma pulsão poder ser observado ao lado de seu oposto passivo.

As citadas vicissitudes pulsionais de retorno da pulsão ao ego e de reversão da atividade para a passividade, se relacionam e dependem da organização narcisista do ego. Além disso, fazem retornar o teor dessa fase.

Freud (1915b) compreende que a vida mental é regida por três polaridades. São elas: sujeito (ego) – objeto (mundo externo); prazer – desprazer; e ativo – passivo.

No começo da vida mental, duas dessas antíteses coincidem. O ego é catexizado pelas pulsões, satisfazendo-se a si mesmo, o que é denominado de satisfação auto-erótica. Nesse período primevo da vida, não há catexias destinadas ao mundo externo, visto que a satisfação se encontra no ego enquanto as sensações desagradáveis vêm do mundo externo.

Conforme vai se desenvolvendo, o sujeito se depara com objetos que constituem fontes de prazer, que toma para si próprio ou, conforme o termo de autoria de Ferenczi (1909), introjeta-os. Ao mesmo tempo em que introjeta o que quer, expela ou projeta o que não quer – tudo aquilo que provoca sensação de desprazer.

É na fase narcísica primária que emerge a percepção parcial dos objetos e que surge o ódio, que é oposto ao amar (FREUD, 1915b). Os objetos que servem aos fins de autopreservação não são ditos amados, mas necessários. A palavra amar é utilizada nas puras relações de prazer entre o ego e o objeto. O amor se destina e se fixa nos objetos sexuais, no sentido estrito.

Resumindo, o amor é originalmente narcisista, passando aos objetos que vão sendo, ao longo do desenvolvimento, incorporados para o alargamento do ego. Esses objetos recebem catexias libidinais por parte do ego em busca de prazer (FREUD, 1915b).

Retornando à ambivalência amor – ódio, que vimos anteriormente nos capítulos 1 e 2, Freud (1915b) afirma que o ódio é mais antigo que o amor. Este surge diante do repúdio do ego narcisista ao mundo externo.

É sabido que amor e ódio são impulsos destinados contra um mesmo objeto em uma relação de amor. O ódio que vem mesclado ao amor tem origem nas pulsões que se destinam à autopreservação (FREUD, 1915b).

Ao final desse texto, Freud (1915b) chega à conclusão de que se uma relação de amor com um objeto for rompida, é provável que o ódio surja em seu lugar, o que dá a impressão de que o amor se transformou em ódio. A explicação para isso é de que o ódio, que tem seus motivos para existir ali, é reforçado por uma regressão à fase preliminar do amor: a fase sádica. Assim, o ódio adquire caráter

erótico e acaba por assegurar a continuidade da relação de amor ameaçada pela perda objetal.

Para Freud (1930) o homem sempre obteve satisfação no encontro com o amor sexual (genital). Essas experiências passaram a representar o protótipo de toda a felicidade, o que o estimulou a continuar buscando a satisfação no caminho das relações sexuais, fazendo do erotismo genital o ponto central de sua vida. Contudo, esse percurso em busca da satisfação por intermédio do encontro amoroso, culminou na dependência, de forma perigosa, de parte do mundo externo – mais especificamente do objeto amoroso escolhido. Toda essa dinâmica conduz o homem a um sofrimento intenso quando é rejeitado pelo objeto ou quando o perde em função da infidelidade ou da morte.

Retornando às explicações acerca das pulsões e das qualidades destas, Freud (1920) retoma Schopenhauer para explicar que a morte representa o resultado e o propósito da vida assim como a pulsão sexual incorpora a vontade de viver. Afirma que para a psicanálise a oposição entre as pulsões não se refere mais às pulsões do ego e pulsões sexuais, mas entre as pulsões de vida e as pulsões de morte. Já vimos, no capítulo anterior, que foi o conceito de narcisismo que o levou a esta mudança conceitual: no narcisismo o ego conservador se dá como objeto de amor ao id, assim não haveria oposição entre as pulsões conservadoras do ego que buscam a autopreservação e as pulsões sexuais que buscam o prazer (FREUD, 1920).

No texto “O mal-estar na civilização” Freud (1930) ainda está interessado no estudo das pulsões. Retoma que ao lado da pulsão que visa preservar o organismo vivo, bem como aglomerá-lo em unidades maiores, existe outra pulsão que busca dissolver essas unidades e conduzi-las ao seu estado primeiro – o inorgânico. Em outras palavras, Freud (1930) falava da coexistência de Eros com a pulsão de morte¹⁴.

Nesse texto, Freud (1930) parece também retomar a linha de pensamento utilizada no texto “Sobre a transitoriedade”, de 1916. Trata-se de questionar o valor da vida diante de sua dificuldade e da escassez de alegrias contrastada com a

¹⁴ A título de esclarecimento, essa diferenciação já havia sido feita anteriormente em 1920. Porém, no texto de 1930, Freud fala mais disso.

abundância de desgraças. Nesse confronto com a vida, a morte se apresenta como uma saída, uma possibilidade de libertação.

A luta de Eros remete a não permitir esse abandono da vida pela morte. A pulsão destrutiva não deve estar investida de maneira avassaladora contra o ego a ponto de conduzi-lo à morte. Para tanto, uma hipótese colocada era a de que parte da pulsão é desviada para o mundo externo enquanto pulsão agressiva e destrutiva. Isso corrobora com o serviço de Eros no sentido de que no lugar de destruir-se a si mesmo (ego), a pulsão de destruição possibilita destruir algo que é externo, seja um objeto inanimado ou animado (FREUD, 1930).

Observamos a luta de Eros nas mães que perdem filhos quando se envolvem na luta por justiça, primeiramente por seus filhos e posteriormente pelos casos semelhantes. Quando a causa da morte é uma doença específica, a luta será em prol de melhorias na saúde para o atendimento de casos como o do filho falecido. Quando é em função de colisão no trânsito, a luta será por mudança e cumprimento das leis de trânsito. Quando é assassinato, será questionado o trabalho da polícia, a impunidade e a lentidão da justiça brasileira, e assim por diante. Esses movimentos e militâncias são as razões encontradas pelas mães, num primeiro tempo, para que continuem vivendo, vivendo por uma causa.

Freud (1930) passou a suspeitar de que os dois tipos de pulsão raramente, ou talvez nunca, aparecem isolados um do outro. Aparecem sempre juntos e mesclados em proporções variadas, tornando-se irreconhecíveis para a nossa percepção. A pulsão de destruição, ainda que moderada e domada pela conjuntura civilizatória, deve poder ser dirigida a objetos externos e proporcionar ao ego a satisfação de suas necessidades vitais, bem como o controle sobre a natureza. O que dissemos sobre a importância da militância para as mães que perderam seus filhos exemplifica a possibilidade de direcionar certa parcela da pulsão sexual que antes satisfeita com o objeto morto para um movimento agressivo, mas em direção à vida, pois envolve a luta por uma causa.

Fato é que a hostilidade original do homem, sua pulsão agressiva fora do programa da civilização é a principal representante da pulsão de morte, que divide lado a lado com Eros o domínio do mundo. O entendimento é o de que a evolução da civilização representa a luta entre Eros e morte, entre a pulsão de vida e a de destruição, tal como acontece com a espécie humana (FREUD, 1930).

O desejo de destruir, sendo barrado pela civilização, tem seus desdobramentos no psiquismo humano. O principal deles diz respeito ao sentimento de culpa. Freud (1930) afirma que se o sentimento de culpa humano remete à morte do pai primevo, conforme discutido no texto “Totem e Tabu” de 1913, trata-se na verdade de ‘remorso’. Esse remorso advém da ambivalência primordial do sentimento pelo pai assassinado – os filhos o odiavam e amavam concomitantemente. Como o ato agressivo de matar o pai satisfaz o ódio sentido por ele, o amor emerge em primeiro plano, sob o remorso dos filhos pelo ato. Da identificação com o pai morto, origina-se o superego. A esse agente paterno agora internalizado, é dado o poder da punição pelo ato agressivo e são criadas restrições com o objetivo de barrar a repetição do ato.

Para Freud (1930) o sentimento de culpa é inevitável. Não depende da escolha entre matar o próprio pai ou abster-se disso. De qualquer forma todos estão fadados a sentirem-se culpados, desde que o sentimento de culpa é expressão do conflito inerente à ambivalência, assim como da eterna luta entre Eros e a pulsão de morte. Um aumento no sentimento de culpa pode aparecer no lugar de uma exigência erótica não satisfeita. Isso acontece quando uma pessoa interfere no alcance da satisfação sexual e certa dose de agressividade é destinada a ela. Essa agressividade tem de ser recalcada e é posteriormente transformada em sentimento de culpa, quando repassada ao superego.

Para Freud (1920), aquilo que é mais apreciado pela civilização está ancorado no processo de repressão. Os impulsos humanos no sentido da perfeição são resultantes da repressão feita pela civilização às pulsões.

Freud (1930) destaca o fato de que o pai primevo, amado e odiado pelos filhos, assassinado e gerador de remorso, somente atinge a divindade tendo passado muito tempo desde sua morte violenta.

Esse fenômeno de divinizar o morto pode ser observado diariamente na mídia, quando morre uma pessoa publicamente conhecida. O ator, cantor ou apresentador morto é santificado por intermédio de homenagens e depoimentos que vêm retificar qualquer dúvida acerca do caráter ou benevolência da pessoa morta.

As mães que perderam filhos também os santificam. O filho que morreu recebe homenagens públicas por intermédio de postagens constantes nas redes sociais, publicação de vídeos e criação de blogs que reúnem recordações e

lamentos pela morte. Além disso, o filho morto é sempre o mais especial, que foi embora demasiado cedo porque era muito bom para permanecer neste mundo.

“Era tão lindo. Nossa ele era muito lindo. Ele teve o filho dele com 20 anos. E hoje eu entendo porque ele foi pai tão jovem: para me deixar meu neto.” (Trecho da fala de I., durante uma entrevista).

“Meu filho cresceu [...] e ficou lindo, forte, maravilhoso. Aí, ele se dedicou de corpo e alma ao esporte, ele era um jogador [...] primeiro lugar. Então, meu filho era um esportista, ele se dedicava ao esporte, ele tinha alimentação perfeita, esporte, trabalhava e estudava, cuidava, ele era perfeito em tudo. Os irmãos ficavam assim olhando pra ele [...] de tão bonito que ele era, de tão alto. Aí, os guris diziam: “Meu Deus, o cara é bonito mesmo.” (Trecho da fala de SM., durante uma entrevista).

“Que o carinho maior era dele né, não adianta. Dele e do meu outro filho, mais dele por ser adulto [...] Mas, ele era assim, nossa, super forte, tranquilo, nosso protetor, nosso [...] Olha, não tem como descrever pra você. Nossa, era um filho assim que queria tá sempre vendo as pessoas bem, principalmente a família, que aconselhava muito meu filho mais novo a estudar [...] E ele era muito divertido assim com a gente. É, era muito exemplar, muito sério nas coisas, não gostava de injustiça, de jeito nenhum.” (Trecho da fala de S., durante uma entrevista).

“O meu filho era um menino extremamente alegre! Nunca apresentou problema nenhum! Na juventude, nem de relacionamento com pessoas, nem de relacionamento em casa, nada. Tenho um filho mais novo [...] e ele era meio pai do irmão também, bastante responsável, mas curtia muito a vida! [...] Então, olhe: eu não quero endeusar meu filho, não. Era um ser humano comum! Mas ele era um guri muito bom. Como disse uma amiga minha: ele era uma unanimidade.” (Trecho da fala de A., durante uma entrevista).

“[...] ela tinha se tornado uma moça belíssima, meu Deus. Pra mim e pra quem conheceu ela, quem conviveu com ela, não achava nem defeito nela, tanto de beleza interior quanto a beleza exterior. Ela era muito amada. E já só por isso, por ela ser uma pessoa de tão bom coração eu achava que ela estava protegida dos males da vida [...] A caçula, a mais linda, a perfeita, a tudo de bom que Deus te deu na vida.” (Trecho da fala de E., durante uma entrevista).

“[...] linda, amiga, responsável, muito amiga de todos, voluntária, bem linda mesmo e bem resolvida. [...] Ela viveu 21 anos, mas eu acho que ela parecia ter 80 já de tão sábia que ela foi e de tantos amigos e pessoas que ela ajudou na vida.” (Trecho da fala de H., durante uma entrevista).

Ao que parece, o filho morto estabelece vínculo direto com o ideal da mãe. A própria morte, em função da ausência do corpo, dá à mãe o livre arbítrio de reeditar psicologicamente quaisquer características e atitudes do filho falecido.

Um elemento que retorna para pensarmos todo esse investimento póstumo da mãe no filho, remete ao vínculo estabelecido entre eles desde antes da gestação, quando da constituição do feminino, até o momento em que o filho é gerado, em que

parece efetivamente instituir-se uma colagem entre a mãe e o bebê. Falemos um pouco mais a respeito do feminino e da maternidade para a psicanálise.

4.1.O FEMININO E A MATERNIDADE

De acordo com sua natureza peculiar, a psicanálise não tenta descrever o que é a mulher – seria esta uma tarefa difícil de cumprir –, mas se empenha em indagar como é que a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde criança dotada de disposição bissexual. (FREUD, 1933b, p.117).

Freud (1931), no texto “Sexualidade feminina” busca elucidações acerca de como ocorre o complexo de Édipo na menina. Ensina-nos que, assim como o menino, a menina também tem como primeiro objeto de amor a sua mãe. Freud suspeita que essa ligação da menina com a mãe está relacionada à etiologia da histeria e que a dependência da mãe deve estar associada à paranoia posterior nas mulheres, também compreendido como um “temor de ser morta (devorada?) pela mãe” (FREUD, 1931, p. 235). Esse medo corresponde a uma hostilidade que a criança desenvolve em relação à mãe pelo fato de esta impor uma série de restrições com a educação e os cuidados corporais.

Quando a menina é ainda pequena, é comum que durante o banho a mãe ou a cuidadora, ao realizarem a higiene do genital feminino, provoque excitação sexual na criança em função do atrito com o clitóris (órgão erógeno feminino que corresponde ao pênis, antes da vagina). Isso provoca prazer na menina e ela tenta conseguir que a mãe torne as sensações mais intensas com repetições do tocar e esfregar. Freud (1931) ressalta o caráter sedutor da mãe para a criança, que depois será transferido ao pai, conforme ocorra a mudança de objeto.

Durante a fase fálica, em que a atividade sexual desemboca na masturbação clitoriana, a menina destina à mãe impulsos repletos de desejos intensos e ativos. A masturbação é acompanhada por ideias relativas à mãe ligadas a um objetivo. Freud (1931) fica um tanto quanto confuso com a descoberta de que esse objetivo é o de dar à mãe um novo bebê.

Freud (1931) vai descobrindo que o complexo de castração nas meninas difere dos meninos na medida em que, devido à ausência de pênis, a menina já é castrada. Antes de saber que a mãe também não possui pênis, esta consiste na

figura fálica que extirpou da menina seu precioso órgão. A menina, então, sente raiva da mãe, principalmente quando tem um irmãozinho, a quem supostamente a mãe deu a permissão para ter o pênis.

Quando se apercebe da presença do pênis apenas nos homens, a menina reconhece a superioridade deles e sua própria inferioridade e rebela-se contra este fato. A mãe, por ser mulher, sofre grande depreciação aos olhos da menina. Como seu amor era direcionado a uma mãe fálica, diante da descoberta de sua castração, ela pode abandoná-la como objeto e passar a dirigir-lhe hostilidade. Freud (1931) acredita que o prosseguimento dessa história pode tomar três rumos diferentes:

1) Assustada pela comparação anatômica com os meninos a menina cresce insatisfeita com seu clitóris, abandonando sua sexualidade, sua atividade masturbatória do clitóris e boa parte de sua masculinidade em outras esferas;

2) A constatação da ausência do pênis a conduz a uma exacerbada auto-afirmatividade de sua masculinidade, que fora ameaçada, permanecendo até idade extraordinariamente tardia com esperanças de conseguir um pênis e tornar-se um homem;

3) A menina atingirá a atitude feminina normal na qual dirige à mãe hostilidade e vai ao encontro do pai enquanto novo objeto de amor, rumando para a forma feminina do complexo de Édipo.

Para Freud (1931) o complexo de Édipo feminino não é destruído, como acontece com o masculino. Não é totalmente superado pela mulher.

A menina sempre culpará sua mãe por não ter-lhe dado um pênis conveniente, por tê-la concebido como mulher. A mãe não será perdoada por tê-la colocado no mundo em desvantagem. Também a recrimina por não ter-lhe dado leite o suficiente (tendo em vista a dificuldade de suprir tamanha voracidade da libido de uma criança, sempre insatisfeita). Essa fantasia da menina se agrava quando da chegada de um novo bebê. Ela passa a pensar que a mãe deixou de dar-lhe o leite para guardá-lo para o recém-chegado (FREUD, 1933b).

Segundo Freud (1931), o afastamento da mãe versa sobre uma etapa bastante importante para o desenvolvimento de uma menina para que ela possa fazer a mudança para o objeto paterno e realizar sua transição para a feminilidade. Outra etapa importante que ocorre após a fase fálica, consiste na transferência parcial ou total da sensibilidade e importância do clitóris para a vagina. A partir daí, o

caminho para o desenvolvimento normal da feminilidade está à disposição para a menina, desde que tenha superado a ligação pré-edípica com a mãe.

Freud (1931) revela que, em verdade, a ligação da menina com a mãe está fadada a padecer, justamente por ter sido inicialmente tão primeva e tão intensa sua ligação pré-edípica. Nesta ligação se faz presente a ambivalência, tendo em vista que nas primeiras fases da vida erótica é muito predominante e explícita. Os objetivos sexuais da menina em relação à mãe na época da ligação pré-edípica são tanto ativos quanto passivos, sendo delineados de acordo com a fase libidinal pela qual a criança está passando.

Considerando-se a disposição apontada por Freud (1931) na qual a masculinidade tem característica ativa e a feminilidade passiva, ele assinala que o comportamento da criança em relação à atividade/passividade revela a intensidade relativa da masculinidade/feminilidade que comporá a sua sexualidade. Essa noção de proporção entre masculinidade e feminilidade na sexualidade advém da indicação de Freud (1933b) de uma predisposição de todo o indivíduo à bissexualidade. Nessa concepção ninguém é somente homem ou mulher, mas ambos, em maior ou menor grau. Freud (1933b) explica ainda que o que caracteriza a masculinidade ou a feminilidade não é uma característica anatômica, e sim a atividade e a passividade. Um exemplo de característica ativa na mulher diz respeito à mãe no cuidado com seu filho, como ao amamentá-lo.

Freud (1933b) aponta uma relação bastante observada entre a feminilidade e a vida instintual que diz respeito à supressão constitucional e social da agressividade das mulheres. Sabemos que a pulsão é sempre ativa. Porém, a supressão pulsional à mulher feita pelo social acaba por conduzi-la ao masoquismo, pois tal supressão beneficia o desenvolvimento de imperiosos impulsos masoquistas. Esses impulsos conseguem realizar uma ligação erótica com as tendências destrutivas que são internalizadas pelo ego. É por isso que se costuma dizer que o masoquismo é verdadeiramente feminino.

A respeito do que foi dito, Freud (1933b) descreve que uma menina é, via de regra, mais dócil e menos independente do que um menino. Ela parece precisar mais de carinho e então precisa ser mais dependente. Além disso, Freud (1933b) atribui à feminilidade maior quantidade de narcisismo, algo que afeta a escolha objetal da mulher, tendo em vista que para ela é mais necessário ser amada

do que amar. A própria passividade da mulher a coloca nessa posição de desejo de ser amada, pois isso significa amar na forma passiva.

A inveja do pênis exige da mulher uma maior vaidade física, visto que sentem a necessidade de se valorizar para compensar sua inferioridade sexual original. Daí advém a vergonha, que é característica predominantemente feminina por servir para ocultar sua deficiência genital.

É de acordo com essas questões que Freud (1916a) situa as mulheres entre exceções dentro da clínica e teoria psicanalíticas entendendo que reivindicam a privilégios e à isenção de sofrimento porque se consideram prejudicadas na infância por terem sido imerecidamente privadas de algo e, por conseguinte, terem sido tratadas de forma inferior. Daí deriva a amargura de muitas filhas contra suas mães, tendo em vista que as trouxeram ao mundo como mulheres e não como homens.

Podemos pensar que a ausência do pênis constitui para a mulher uma ferida narcísica, a qual não pode ser restituída pelos pais.

Para compreender melhor o narcisismo na feminilidade, retornemos ao texto “Sobre o narcisismo: uma introdução”, no qual Freud (1914) escreve a respeito das mulheres narcisistas.

A mulher narcisista, segundo Freud (1914) tem grande importância para a vida erótica da humanidade. Elas, que em geral, são os protótipos mais belos dentre os representantes femininos, desenvolvem certo autocontentamento que faz compensar, de certo modo, as restrições provenientes da repressão social da sexualidade. Em outras palavras, essas mulheres amam apenas a si mesmas em uma intensidade comparável ao amor árduo de um homem por elas. Dessa forma, elas não sentem necessidade de amar mais ninguém, sentindo apenas desejo de serem amadas. Logo, o homem que vier a amá-las será bem-vindo, porém nunca correspondido de forma ampla. Para esse tipo de mulheres, para as quais as atitudes com os homens permanecem frias, há somente um caminho possível que as possibilita a elevação para o amor objetal completo: a geração de um filho.

A criança gerada pela mulher narcisista, um objeto estranho e que, no entanto, representa uma parte de seu próprio corpo possibilita que, partindo de seu próprio narcisismo ela possa destinar a ele um amor objetal completo (FREUD, 1914). Aqui fazemos um questionamento acerca da possibilidade desse amor objetal completo. Ao assumirmos que o filho é parte da mulher narcisista, como pode sua

relação com ele ser completamente objetal? Isso nos parece ser o que falta no vínculo narcísico: o estabelecimento do outro como objeto.

Neste momento torna-se também importante questionar o que distingue uma mãe narcisista de uma que não é, de forma a podermos diferenciar por onde passa a geração e a perda de um filho para os diferentes tipos de mãe.

Freud (1914) elucida que existem mulheres que não precisam esperar pela geração de um filho para poder ascender a um amor objetal completo e ao desenvolvimento do narcisismo secundário¹⁵. Tais mulheres, antes de chegarem à puberdade, sentem-se e desenvolvem-se masculinas. Mesmo depois que essa tendência à masculinidade é interrompida e que elas alcançam a maturidade feminina, elas conservam um anseio pelo ideal masculino, que se refere a uma sobrevivência da natureza de menino que possuíam na infância. Esse segundo tipo de mulheres ama em conformidade com o tipo anaclítico de ligação, sendo capaz de amar a mulher que a alimenta e o homem que a protege. No entanto, Freud (1928) afirma que a mulher não escapa enquanto mãe de uma transferência inconsciente para com o filho, por meio da qual lhe investe todo o seu amor.

Retomando a descrição da mulher narcisista, podemos dizer que ama em conformidade com seu narcisismo. Assim, são capazes de amar de forma completa o que elas próprias são, o que elas próprias foram, o que elas próprias gostariam de ser e alguém que alguma vez foi parte delas mesmas (FREUD, 1914).

Freud (1914) entende que a atitude dos pais afetuosos para com seus filhos trata de reviver e reproduzir seu próprio narcisismo, que ficara abandonado já há algum tempo. A escolha objetal narcísica faz com que os pais hipervalorizem os filhos compelindo-os a atribuir-lhes todas as perfeições. E para que o bebê seja perfeito, os pais também ocultam e esquecem toda e qualquer deficiência que o filho possa ter, ao que Freud (1914) aponta que está relacionado o fato de que os adultos em geral negam a sexualidade das crianças, entendendo-a como algo que não lhes pode pertencer.

Porém, esses pais estão dispostos a suspender as imposições culturais às quais seu próprio narcisismo foi submetido e adaptado para renovar, em nome das crianças, as reivindicações aos privilégios há muito tempo abandonadas por eles.

¹⁵ No texto "Sobre o narcisismo: uma introdução", Freud apresenta o narcisismo como sendo desenvolvido em duas etapas. O narcisismo primário consiste na etapa em que o bebê ainda não faz diferenciação entre ego e mundo externo. O narcisismo secundário diz respeito às escolhas objetais do ego, em confluência com o processo de identificação.

Dessa forma, os pais garantirão à criança mais entretenimento do que eles puderam ter, além do que ela não ficará sujeita às mesmas necessidades que eles reconheciam como soberanas na vida. Os pais tentam fazer com que a doença, a renúncia ao prazer e as restrições a sua vontade própria se ausentem da vida dos filhos. Aproximando ainda mais esse tipo de pais do narcisismo, Freud (1914) aponta ainda seu desejo de que os filhos não tenham de se submeter às leis da natureza e da sociedade, tornando-os realmente o centro e o âmago da criação – “Sua Majestade o Bebê” – fazendo com que a criança ocupe um lugar único e megalomaníaco na vida dos pais.

A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram – o mesmo se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. (FREUD, 1914, p.98).

No que refere como o ponto mais sensível do narcisismo, Freud (1914) cita a imortalidade do ego, ponto que é constantemente oprimido pela realidade, mas que os pais tentam assegurar por intermédio da criança. Em última instância, o amor dos pais é no fundo tão infantil justamente porque remete a outros tempos de suas vidas. A geração de um filho permite um renascimento narcísico que é transformado em amor objetual direcionado à criança.

Retornemos agora à questão do desenvolvimento da feminilidade para aprofundar a questão narcísica e fundamental para a mulher que é a geração de um bebê.

De todo o desenvolvimento da menina rumo à feminilidade, Freud (1933b) salienta a importância de considerarmos a ligação pré-edípica dela com a mãe. Por quê? Retomando os desejos sexuais da menina para com a mãe, que podem ser de natureza ativa ou passiva, carinhosa ou hostil, Freud (1933b) diz de um desejo da menina de ter de sua mãe um filho, nos dois sentidos possíveis: em que a mãe seja a gestante ou que ela seja.

Por outro lado, o desejo que leva a menina à troca de objeto, da mãe para o pai, é originalmente o de possuir o pênis que lhe foi negado pela mãe. A menina espera conseguir ganhar de seu pai o pênis que deseja. Até aqui, constatamos que para que haja a transição para a feminilidade, são necessárias duas mudanças: a de objeto, da mãe para o pai; e a de principal zona erógena, do clitóris para a vagina (FREUD, 1933b).

Entretanto, Freud (1933b) nos informa que a transição para a feminilidade só acontece quando o desejo do pênis é substituído pelo desejo de um bebê. Em outras palavras, quando o bebê assume o lugar do pênis, em uma equivalência simbólica. Esse desejo já se expressara anteriormente na fase fálica de identificação com a mãe e no brincar de boneca. O desejo expresso na fase fálica e na brincadeira, não era ainda a expressão de sua feminilidade. Tratava-se de uma identificação com sua mãe com vistas a substituir a atividade pela passividade. Com o desejo de obter o pênis, a boneca-bebê da brincadeira transforma-se no bebê que teve de seu pai.

O desejo de ter um bebê formula o objetivo mais intenso da feminilidade. Grande felicidade é atingida quando a mulher concretiza o desejo de ter um bebê. A felicidade é ainda maior quando o bebê é um menininho que vem a portar o pênis tão intensamente desejado pela mãe (FREUD, 1933b).

A diferença na reação da mãe ao nascimento de um filho ou de uma filha mostra que o velho fator representado pela falta de pênis não perdeu, até agora, a sua força. A mãe somente obtém satisfação sem limites na sua relação com seu filho menino; este é, sem exceção, o mais perfeito, o mais livre de ambivalência de todos os relacionamentos humanos. (FREUD, 1933b, p. 132).

De acordo com a intensa relação que uma mãe pode estabelecer com seu filho menino, ela é capaz de transferir-lhe toda a sua ambição que teve de ser suprimida, esperando que ele a satisfaça nos seus resquícios de complexo de masculinidade. Pode ser que a mulher faça o mesmo com seu marido, transformando-o em seu filho, e agindo como sua mãe (FREUD, 1933b).

Ainda assim, Freud (1937) considera que o desejo pelo pênis permanece enquanto fonte de graves quadros depressivos. Ele relata que suas pacientes se deprimem ao perceberem que a análise não lhes será útil se não puder, ao final do tratamento, sair do consultório na posse de seu tão desejado órgão genital masculino. Ao que parece, é o que elas vão buscar na análise e é, ao mesmo tempo, o motivo pelo qual saem deprimidas e frustradas por não satisfazerem seu desejo.

Podemos pensar que se o desejo narcísico de possuir o pênis é finalmente satisfeito com o nascer do filho, conduz a drásticos efeitos psicodinâmicos se retorna ao estado de insatisfação diante da morte do filho. A morte desse objeto pode ser

compreendida como a reabertura de uma antiga ferida narcísica infantil, que nunca fora completamente superada.

Partindo desse ponto de vista, com a morte do filho, o amor de teor narcísico nele investido retorna sob a forma de ódio. Essa hostilidade contra a cessação do prazer que advinha do investimento no filho, retorna sob a forma masoquista para o ego e é o que supre as necessidades da mãe em relação ao filho que fora incorporado por intermédio da identificação narcísica. É isso que entendemos que compõe o quadro melancólico no qual a mãe recai. Conforme exposto acima, esse ódio adquire caráter erótico na medida que retorna à fase mais primitiva do amar: a fase sádica. A mãe deve, a partir de então, sofrer e gozar com as autotorturas investidas contra o ego, o que delinea caráter masoquista em sua vida pulsional.

Não restam dúvidas de que toda essa ambivalência gera culpa. No caso da perda de um filho, esse sentimento é aumentado em função de uma exigência erótica que não pôde ser satisfeita. Enquanto isso, há uma luta entre Eros e a pulsão de morte, que insiste que a morte seja uma saída viável para tanto sofrimento. O filho enquanto objeto central de catexia da mãe não poderia deixar de ocupar esse papel fundamental na balança pulsional da mãe. Essa balança pode tender mais para a morte do que para a vida após a perda do filho, devido à ferida melancólica que suga todas as energias para a ferida, que pode ser pensada como um buraco negro.

É pertinente seguirmos desse ponto para outras considerações, mais atuais e aprofundadas da psicanálise, acerca do feminino e da maternidade principalmente quando o tema é a “inveja do pênis”. Alguma ampliação desse tema será objetivo do próximo capítulo, porém sem absoluta pretensão, pois como elucidamos na introdução, nosso compromisso principal é com a compreensão das questões a partir da fonte primária. A fim de avançar um pouco além de Freud na compreensão da perda materna, do luto e da melancolia, passaremos agora ao quarto e último capítulo que reúne contribuições de alguns psicanalistas importantes da contemporaneidade que poderão enriquecer ainda mais o momento da discussão do que foi apresentado no presente trabalho.

5. CAPÍTULO 4 – UM POUCO ALÉM DE FREUD: DEPRESSÃO, LUTO E MELANCOLIA

A ciência e o dito popular ocidental instituem a obrigação de ser feliz. O fracasso nessa tarefa que se tornou uma obrigação moral, pode ser chamado depressão (SILVESTRE, 1999).

Porém, para a psicanálise esse discurso da depressão tal qual inserido socialmente pela medicina e pela psiquiatria, nada significa. Não é um sintoma¹⁶, quanto menos uma estrutura clínica¹⁷. Entretanto, esse estado vem se multiplicando na civilização e está na queixa dos sujeitos e da medicina, em especial da psiquiatria (ALMEIDA, 1999).

[...] uma civilização que apresenta como imperativo um ideal de conquista, de competitividade, revela que não há lugar para os perdedores, os deprimidos ou o que quer que não esteja de acordo com os valores estabelecidos. (ALMEIDA, 1999, p. 118).

Essa civilização está situada no modelo econômico capitalista, que é onde tem origem esse ideal de conquista. Nessa lógica, os sujeitos consomem e são consumidos. Os objetos materiais e as drogas lícitas entopem o sujeito e abafam todo e qualquer sentimento de perda (ALMEIDA, 1999).

Para Almeida (1999), dentro do contexto social onde a felicidade e o sucesso são imperativos, ocorre a formulação social do ideal de eu. A tristeza é tida como vergonhosa, injustificada e por vezes patológica. A maneira encontrada pelos médicos para sair do registro moral que culpabilizava o doente como responsável por estar triste, foi por intermédio da patologização da tristeza. Isso que foi nomeado enquanto o transtorno da depressão acaba por foracluir¹⁸ o sujeito.

Imersos na cultura dos transtornos mentais enlatados, atualmente os pacientes já chegam para os médicos se dizendo deprimidos e demandando

¹⁶ Nem no sentido atribuído por Freud, enquanto formação a partir do retorno do reprimido e das formações reativas, situado dentro das psiconeuroses; nem no sentido médico de alteração do corpo.

¹⁷ Termo instituído no campo psicanalítico para falar da divisão entre neurose, psicose e perversão; diagnósticos distintos, cuja diferenciação é fundamental para se pensar a direção do tratamento principalmente na clínica laciana.

¹⁸ Foraclusão é um conceito lacanian e se refere ao mecanismo típico da psicose por intermédio do qual se produz a rejeição a um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando ocorre essa rejeição, o significante não é integrado ao inconsciente, como ocorre no recalque, retornando sob forma alucinatória no real do sujeito (ROUDINESCO et al., 1998).

psicotrópicos. Para Silvestre (1999) isso demonstra o cúmulo da alienação à obediência da norma imposta.

O aumento no consumo de antidepressivos em busca de uma pseudofelicidade tem o objetivo de tamponar a dor de existir do sujeito. A promessa é a de tratar o sujeito forcluindo-o (ALMEIDA, 1999).

Quinet (1999) reitera que a depressão na atualidade está alicerçada a uma conjuntura social na qual se busca a felicidade no consumo de produtos. Aqueles que não possuem perspectiva de alcançar um lugar de produtor e consumidor mantêm distância da promessa de satisfação de seus desejos. Mesmo os que conseguem ter os bens de consumo que prometem a completude, acabam por recair no tédio e na tristeza na medida em que há uma degradação dos laços sociais que os conduzem à solidão. Em ambos os casos, os sujeitos encontram-se alienados e desorientados de seus desejos e ideais. Esse é o quadro que dá brecha para os tão frequentes estados depressivos.

Toda essa conjuntura social que cada dia mais cobra o sucesso e a felicidade do ser humano, não oferece, em contrapartida, condições para que isso aconteça. O aumento populacional, os avanços tecnológicos, o aumento dos custos de vida, a diminuição dos empregos e da renda *per capita* não são fatores que favorecem a felicidade da maior parte da população, que tem que lidar com as frustrações de não ter. As pessoas chegam para se tratarem em análise e se queixam de estarem deprimidas, sem terem pistas do motivo. Sabem que trabalham muito, que têm pouco tempo para ficar em casa com suas famílias, com os filhos e para usufruir de seus bens de consumo, que conseguem comprar a duras penas.

O tratamento proporciona que entrem em contato com toda essa frustração do consumo, que por vezes contempla e oculta conflitos e questões fundamentais e constitucionais do sujeito, situados, por exemplo, em quadros histéricos, obsessivos, melancólicos, etc.

A partir disso, podemos compreender o motivo de a depressão em si não existir na clínica psicanalítica. O que existe são estados depressivos que são derivados e situados em algum ponto determinado da história da vida psíquica da pessoa (QUINET, 1999). Os estados depressivos de grau e variedade tão diversa e inconsistente impossibilitam uma unicidade.

Por vezes, melancolia e depressão podem ser tratadas como sinônimos (SOLER, 1999). Lambotte (2000) distingue a melancolia em “estrutural” e

“ocasional”. Acredita que o próprio dinamismo da clínica pode deixar essa distinção difusa, visto que cuida a um só tempo dos aspectos da cronicidade e das produções socializadas das doenças. Peres (1996) salienta que melancolia e depressão devem ser compreendidas de maneiras distintas. Para essa autora, a melancolia está vinculada à psicose.

Para Peres (1996), ao situar a melancolia enquanto uma neurose narcisista originada dos conflitos entre ego e superego, Freud deixa de demarcar com rigor a fronteira entre neurose e psicose. Entende a neurose narcisista como uma zona limítrofe de uma neurose-psicose ou de uma psicose-neurose. Essa interrogação estrutural é o que abre espaço para que a depressão e a melancolia circulem entre os consultórios de médicos e de psicanalistas lançando desafio para uma nova abertura nas concepções das doenças mentais.

Soler (1999) reitera que embora haja tamanha inconsistência nas noções de depressão, se faz necessário pensar sobre ela, visto que os fenômenos depressivos constam com frequência no conjunto de sofrimentos dirigidos ao analista, podendo ser vastamente reencontrados na transferência ao longo da análise.

Tendo em vista a importância de pensar esse tema pelo viés psicanalítico, Quinet (1999) discorre sobre a tristeza, que refere como o afeto correspondente à dor de existir. Dispõe a tristeza em gradações que perpassam o luto, a melancolia e a depressão neurótica e que se configuram enquanto extravios do desejo. A pessoa entristecida não está orientada em seu desejo no inconsciente e tem seu desejo extraviado. Na linguagem lacaniana se diz que a pessoa desorientada em relação a seus desejos inconscientes maldiz o desejo; sobre o desejo não se quer saber nem dizer nada. Citando Lacan, Quinet (1999) situa o sujeito deprimido ou melancólico como um covarde em dois sentidos: porque recua diante do desejo e porque apresenta uma relação frouxa com a cadeia inconsciente de desejos.

Na melancolia, a dor do existir aparece de maneira bastante rudimentar. Refere-se a uma dor que não perpassa o significante, não pertence ao simbólico. O fenômeno da depressão apresenta uma renúncia do sujeito a si mesmo, algo que só pode ser verificado por intermédio da palavra. Isso torna imperativa a necessidade de escuta desse sujeito. Por intermédio da palavra é que o sujeito poderá simbolizar a dor (ALMEIDA, 1999).

A psicanálise se opõe à lógica da medicalização, cujo procedimento é o de consulta a um suposto saber do outro para aliviar os sintomas sem que seja

necessário trabalho no sentido de um saber sobre o próprio padecimento e sobre o próprio desejo.

Ancorado em Lacan, Quinet (1999) situa que o desejo está vinculado à linguagem e se pauta nas cadeias significantes e na forma como o sujeito se relaciona com estas. A manifestação do desejo se dá por intermédio das formações do inconsciente: sonhos, chistes, lapsos e sintomas; pois o inconsciente é o lugar onde circula o desejo. Adquirir um saber em análise acerca das cadeias significantes inconscientes, e conseqüentemente dos desejos, propicia ao sujeito cumprir o dever ético de bem dizer do desejo. Decifrar o inconsciente permite uma orientação em relação ao objeto causa de desejo.

Há uma contraposição entre o melancólico e as demais estruturas clínicas em se tratando do desejo de conservação para existir. A tristeza traz consigo uma passividade diante da qual há uma diminuição da força para existir e agir. Encontramos na melancolia um querer morrer que configura desistência da vida (QUINET, 1999). Já passamos por esse desejo de morrer em momentos anteriores deste trabalho, quando falamos sobre as questões do masoquismo e da pulsão de morte no caso das mães que perderam filhos.

Peres (1996) explica que quando o sadismo é reprimido, tendendo ao masoquismo, provoca depressão, ansiedade e autoacusações. Essa atitude passiva é fonte de prazer para o sujeito, que fica à mercê de seu sofrimento, permanecendo algemado ao pensar sobre si mesmo, vitimizandose.

Em se tratando de melancolia, verificamos a atuação do gozo masoquista por intermédio dos fenômenos de autoacusações e autotortura. Neste caso, o extravio do desejo pode chegar à rejeição do inconsciente e à “parada psíquica”, conforme nomeada por Jules Séglas (QUINET, 1999, p. 11). O sujeito não consegue agir, sentir e pensar de outra maneira. Isso o conduz a um assujeitamento, cuja sensação é a de que deve abandonar-se sem resistir (GRIESINGER, 1999).

O melancólico não tem vontade. Gradativamente perde o interesse nas coisas e vai ficando inativo. Encontra-se impossibilitado de desenvolver qualquer trabalho intelectual e, em grande parte das vezes, fica entregue à cama (GRIESINGER, 1999).

Na melancolia, “o sujeito é levado à ruína de seus bens, à negação de seus órgãos e à cadaverização” (QUINET, 1999, p. 11). Griesinger (1999) descreve que o caráter do humor na melancolia é completamente negativo, constituindo uma

repulsão. Qualquer impressão, que poderia ser antes um motivo de alegria, provoca no melancólico dor e tristeza. Tudo o desagrada e contraria, o que faz com que procure isolamento da sociedade. O alto grau de irritabilidade do melancólico o conduz a uma aversão às pessoas que, por vezes, transforma-se em ódio. Tudo isso corrobora para uma radical mudança do caráter.

As vinhetas abaixo ilustram mudanças radicais percebidas pelas mães em si mesmas após a perda de seus filhos, que se aproximam do caráter melancólico descrito acima:

“A minha dor do luto eu sinto como se fosse uma coisa muito diferente pra mim, eu não fosse eu mais, eu tivesse mudado, eu tivesse nascido outra pessoa, eu não tivesse tido a vida que eu tive. [...] Pra mim não vale mais nada, só me dói a perda (sic) do meu filho, só isso. Eu perdi completamente a minha identidade, eu não sei mais quem eu sou.” (Trecho da fala de D., durante uma entrevista).

“É como no primeiro dia que eu vi aquela cena ali, é como se eu visse aquilo ali e eu me sinto assim: hoje eu sou uma pessoa pela metade. Metade continua vivendo com o meu outro filho, com o meu neto. Até com o meu marido. E a outra metade, ela sangra.” (Trecho da fala de I., durante uma entrevista)¹⁹.

Como já dito, uma grande dificuldade é enfrentada pela mãe que perde o filho em se reconhecer após a morte dele. Afinal, a mulher que era antes mãe de um filho vivo é agora mãe de um filho morto.

O melancólico apresenta grande pessimismo e busca o lado negativo de todas as coisas do mundo exterior, do qual se queixa por não mais poder gozar das coisas. Acaba por fugir do mundo por sentir-se frágil e impotente diante dele. O resultado é o fechamento em si mesmo (GRIESINGER, 1999). As vinhetas a seguir ilustram a questão da necessidade de isolamento das mães que perderam seus filhos.

“Porque a gente fica difícil de lidar. Assim, tenho muita dificuldade em se (sic) socializar com as pessoas, assim. Tenho muita dificuldade. Até mesmo com meu marido.” (Trecho da fala de O., durante uma entrevista).

“Eu perdi todos os amigos que eu tinha. Os parentes também. Porque eu me repetia, como todas as mães se repetem na sua dor e eu, ninguém conseguia ouvir.”

¹⁹ Aqui ressaltamos que neste trabalho não propomos realizar uma adequação diagnóstica entre o que se ilustra com as vinhetas e a melancolia. O movimento metodológico foi exatamente o inverso: a melancolia nos lançou luz para a compreensão do sofrimento destas mães, cujos lutos não param de se inscrever em seu cotidiano, ou seja, nunca deixam de estar presente nem em suas ‘novas’ escolhas objetivas.

As pessoas, teve amigos, amigos fiéis que cruzavam a rua quando me viam pra não me ouvir.” (Trecho da fala de S., durante uma entrevista).

“Eu me distanciei de todas as outras pessoas. Eu tava ali quase trinta anos na empresa, aquele mundo de lá eu não quero. As pessoas de lá, canso de ver na rua, atravesso, escondo. Em mercados, passo do outro lado pra não ver, porque eu me agrupei, me uni com as pessoas que são iguais a mim.” (Trecho da fala de B., durante uma entrevista).

“E os amigos antigos, esses ficaram pra trás. No início eu achava que eram eles que tinham me abandonado. E hoje eu acho que fui eu que abandonei eles.” (Trecho da fala de E., durante uma entrevista).

“Ou eu fui me distanciando e distanciando eles, né? Eu tinha dias que não atendia nem o telefone. Então é lógico que quem não é visto não é nem lembrado, né? E eu nem me preocupava em procurar alguém, nada.” (Trecho da fala de H., durante uma entrevista).

“Só que a gente não quer muito mais saber dos amigos, porque os amigos de antigamente todos eles tem sua família inteirinha. Então você meio que fica assim meio deslocado, né?” (Trecho da fala de I., durante uma entrevista).

Dessas falas, evidencia-se ainda mais a necessidade do isolamento das entrevistadas após a morte do filho. Precisam suportar uma dor de dimensão nunca antes experimentada na medida em que se deparam o tempo todo com os objetos que pertenciam ao morto, com as pessoas que o conheciam e com infinitas outras coisas que a fazem lembrar dele. A impressão que temos é que com o passar do tempo, conforme vivida e falada, toda essa dor vai sendo dissipada, como se fosse sendo gasta.

Quinet (1999, p.89) baseia-se em Freud para dizer que a dor psíquica decorre da dissolução de associações presentes nas cadeias de pensamentos inconscientes (vimos isso no início do presente trabalho, quando apresentamos os rascunhos freudianos). Na melancolia, fala-se de um “furo no psiquismo” concomitante a uma “hemorragia de libido”. Peres (1996), em seu texto “Dúvida melancólica, dívida melancólica, vida melancólica”, fala de um buraco na esfera psíquica. A autora apresenta os pontos que considera principais acerca da melancolia conforme retratada por Freud até o ano de 1899: i) deparou-se com a diversidade da melancolia na clínica, o que dificultou seu enquadre clínico; ii) estabeleceu um vínculo próximo entre a melancolia e a angústia; iii) situou a noção de falta como fator determinante, que se faz presente como buraco na esfera psíquica ou como perda (o que dará origem ao luto); iv) estabeleceu como fundamentais as ideias de morte do pai, ambivalência e culpa; v) distinguiu entre os

melancólicos a ânsia pelo amor na forma psíquica; e vi) deu a entender que existe uma diferença entre depressão e melancolia, mas até aquele momento não as distinguiu radicalmente (PERES, 1996).

Esse apanhado geral do que Freud postula acerca da melancolia até o ano de 1899, feito por Peres (1996), mostra que até aquele momento não havia ainda uma diferenciação clara entre luto e melancolia, o que posteriormente será sanado em especial com o texto “Luto e melancolia”, de 1917, conforme já visto anteriormente. Porém, o interessante desse apanhado, é que a autora relembra os conceitos fundamentais que estão relacionados à melancolia: a angústia, a falta, a ambivalência, a culpa e a ânsia pelo amor na forma psíquica. Pretendemos retomar esses conceitos com a merecida atenção no restante deste capítulo e na discussão do trabalho.

Em seu livro “Erótica do luto no tempo da morte seca”, Allouch (2004), psicanalista que sofreu a perda de um filho, também retoma diversos dos conceitos freudianos fundamentais para tratar do luto e da melancolia e faz questionamentos bastante importantes acerca da construção teórica de Freud, principalmente no que diz respeito ao término do luto se dar quando ocorre a substituição do objeto e o retorno à posição libidinal anterior à perda.

Na visão de Allouch (2004), aquele que está de luto por alguém que morreu é porque o morto levou consigo um pequeno pedaço de si. O ímpeto do enlutado é correr de braços abertos atrás do morto e desse pedacinho de si, buscando resgatá-lo, como se isso fosse possível.

Por mais longe que o luto possa tomar apoio na realidade, ela é aquilo cujo enfraquecimento o luto revela, dando ao morto o estatuto não de um inexistente, mas de um desaparecido. (ALLOUCH, 2004, p. 121).

Allouch (2004) explica que, quando há luto existe a possibilidade de que o enlutado passe da experiência do desaparecimento do ente querido para o reconhecimento de sua inexistência. Porém, se essa inexistência puder, de fato, ser constatada, será no final do luto, nunca no início. Sabemos que em outros casos, nos quais se nega a perda objetual, essa constatação nunca é feita.

Outra característica importante no que se refere à sobrevivência do morto no psiquismo se refere à crença religiosa, como a de que o morto estaria no paraíso, no céu, num plano melhor etc., ou seja, existe um certo além que não é de essência

psíquica (ALLOUCH, 2004). Já vimos como isso apareceu nas falas das mães neste trabalho.

Allouch (2004) atenta para o fato de que o luto não pode ser reduzido como a única barreira que separa o morto de uma inexistência (ideia captada de sua leitura em Freud). Isso é mais complexo. Há que se considerar o que o morto realizou em vida, o que produziu, se foi bem-sucedido ou fracassado. Além disso, chama a atenção para o fato de que em Freud (1917a) o luto apenas pode ser resolvido quando o objeto substitutivo assume à frente e possibilita novo encontro romântico com o objeto perdido, sem levar em conta que todo esse processo implica em um sujeito posterior à dor e já muito diferente daquele que sofreu a perda. O processo de luto, então, modifica aquele que sofreu a perda. Ele jamais será o mesmo de antes.

Allouch (2004) traz à tona uma importante experiência para se pensar a teoria freudiana acerca do luto: a morte de Sofia, filha de Freud. É a partir dessa experiência que Freud pode “admitir que o luto não desemboca no acesso a um objeto substitutivo, embora não o diga publicamente; ele o teria admitido numa carta a Binswanger de 11 de abril de 1929 [...]”. O problema é que Freud nunca chegou a utilizar essa observação para repensar sua teoria do luto já publicada (ALLOUCH, 2004, p. 160).

O autor está convicto de que o luto não deve ser problematizado em função da questão da substituição de objeto. A problematização deveria ser feita em torno do contrário, do caráter único e insubstituível de todo o objeto. Em função disso, torna-se evidente que o vínculo entre clínica e luto demanda reformulação (ALLOUCH, 2004).

Do que nos diz Allouch (2004), podemos pensar que a perda de um ente querido sempre nos modifica. A perda na vida pulsional convoca toda a atenção do sujeito para si, por maior ou menor período de tempo, e resulta em novos sujeitos, com diferentes interesses e formas de satisfação em função da perda.

Conforme previamente exposto, algumas pessoas se habitam à dor provocada pela perda e não mais conseguem livrar-se dela em função do estabelecimento em uma posição passiva e masoquista, que é caracterizada pela inatividade e pelo assujeitamento.

Quinet (1999) explica que na dor há prazer, por conta da satisfação da pulsão de morte, como acontece nos casos de melancolia. Cada perda de objeto

que acontece na vida do indivíduo propicia uma onda de excitações dolorosas. Essas perdas e sensações dolorosas são acompanhadas de prazer. Esse prazer implica uma satisfação que advém da perda do ideal. O sujeito não sustenta essas perdas de ideal na medida em que possuem significado de castração. Para que a dor passe, o sujeito deverá fazer o luto do objeto perdido (QUINET, 1999).

A insustentabilidade de uma demanda de amor excessiva desmascara um ideal de completude, mostrando sua inconsistência (ALBERTI, 1999).

O que desencadeia o luto, a depressão e a melancolia é o fato de perder o falo²⁰, ou seja, aquilo que dissimulava a castração. A ideia de castração carrega consigo sensações dolorosas com as quais as pessoas não desejam se implicar, como por exemplo, a morte. Para tanto, deposita no outro o ideal de completude e, na ausência deste, acaba por se deparar com a nostalgia desse ideal e com a falta (QUINET, 1999).

Em casos de melancolia, também tomados por Quinet (1999, p.136) como casos de psicose, há a presença de um significante ideal que cumpre função de suplência da foraclusão do Nome-do-Pai, que se refere ao termo criado por Lacan em 1953, e conceituado por ele em 1956, para designar o significante da função paterna que é essencialmente simbólica, de nomear as coisas, de dar seu nome e de encarnar a lei. Com isso, a função paterna exerce a nomeação que permite que a criança desenvolva sua identidade na sociedade que é dominada pelo primado da linguagem. É por intermédio do Nome-do-Pai que a função simbólica se integra numa lei que encarna a proibição do incesto (ROUDINESCO et al., 1998). Na psicose, o Nome-do-Pai é foracluído. A lei não está encarnada. “Quando o sujeito perde aquele que vem cumprir a função do Outro que cuida e ama, ele se vê diante da castração”. O abalo desse significante desencadeia a melancolia.

Quando o objeto que tinha função de suplência do Nome-do-Pai desaparece, o sujeito se identifica com o objeto e se torna dejetado abandonado pelo Outro: “o sujeito se identifica com o objeto a^{21} ”. O objeto que cumpria a função de tapar a falta, bem como uma importante função estruturante do sujeito cai e com isso ao sujeito só resta identificar-se com ele. Constata-se aqui um real não

²⁰ A partir de 1956, Lacan fez do conceito de falo o próprio significante do desejo, e não mais não o órgão do prazer ou da soberania viril, passando a evocá-lo como o “falo imaginário”, o “falo da mãe” e o “falo simbólico”, respectivamente (ROUDINESCO et al., 1998).

²¹ Termo lançado por Lacan em 1960, que designa o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele chegando a não ser representável ou a tornar-se um “resto” não simbolizável (ROUDINESCO et al., 1998).

simbolizado²². A própria estrutura do supereu é desvelada e toma a frente, tratando o sujeito de maneira sádica, como um resto (QUINET, 1999, p.136).

A identificação com o objeto perdido nos casos de melancolia é a identificação narcísica. O amor objetual é substituído pela identificação. Esse é um importante mecanismo nas afecções narcísicas, tais como a esquizofrenia. Refere-se a uma regressão ao narcisismo originário a partir de um tipo de escolha objetual narcísica na qual há uma duplicação do eu (GOROG, 1999).

Pautado em Eric Laurent, Gorog (1999) fala sobre a maneira com que o objeto identificado deixa de se relacionar com a categoria das coisas para ocupar o lugar de a Coisa (*das Ding*), que se refere à coisa desde sempre perdida. A identificação narcísica se manifesta de maneira pura na melancolia e revela a relação que o sujeito tem com a Coisa.

Quinet (1999) assinala que o quadro melancólico se instala pouco a pouco, sendo inicialmente parecido com um luto normal. A melancolia decorre de uma perda que não pode ser simbolizada, na medida em que essa perda revela o furo correspondente à forclusão do Nome-do-Pai. Como é o Nome do Pai que introduz o simbólico da castração, na medida em que falha essa inscrição, não é possível a operação simbólica que separa real e imaginário.

Se na melancolia aquilo que foi perdido está forcluído, não existe a possibilidade de fazer o luto e não há como renunciar ao objeto perdido. Peres (1996) recorre à tragédia de Hamlet, a tragédia do desejo. Afirma que Hamlet é a presentificação do luto, visto que Shakespeare mostra a vida do homem como um permanente estado de luto.

[...] vivemos em busca da resolução de uma perda que nos constituiu, e construímos a vida dentro de um incessante trabalho de luto. Nascemos com a inscrição da morte, o que nos leva a tomar o nascimento como uma morte e talvez, quem sabe a morte como um nascimento. (PERES, 1996, p. 53).

²² R.S.I. (Real, Simbólico, Imaginário) de Lacan. O real designa a realidade própria da psicose, pois é composto dos significantes forcluídos do simbólico; refere-se a um “resto” impossível de transmitir. O simbólico refere-se a um sistema de representação baseado na linguagem, que permitem que o sujeito se refira a ele próprio de maneira consciente e inconsciente. O imaginário é termo correlato da expressão estádio do espelho; refere-se a uma relação dual com a imagem do semelhante; é o lugar do eu por excelência, designado pelos fenômenos de ilusão, captação e engodo (ROUDINESCO et al., 1998).

É a partir do paradigma do desejo humano observado em Hamlet que Lacan questiona qual a relação entre o luto e a constituição do objeto no desejo. Com a leitura de Hamlet, o luto surge como um elemento que possibilita compreender a relação de objeto no desejo (PERES, 1996).

Ao perder alguém e passar pela experiência do luto, uma nova figura de relação de objeto surge. Peres (1996) baseando-se em Lacan, afirma que a identificação aos traços do objeto perdido não possui função reparadora. Na tragédia Hamlet, Ofélia nutre sentimentos por Hamlet, porém, não é correspondida, tornando-se para ele o símbolo de rejeição de seu desejo. Todavia, depois de morrer, de repente ela retoma todo seu valor para ele. Disso Lacan conclui que quando o objeto de desejo é perdido, tornando-se objeto impossível, ele volta a ser objeto de desejo (PERES, 1996).

Entende-se que a impossibilidade é uma condição fundamental para que se origine um objeto de desejo. Essa impossibilidade é o que inscreve o desejo no real e a perda de alguém essencial, a experiência do luto, faz buraco no real. Trata-se do inverso da forclusão, na qual o buraco se situa no campo do simbólico. No luto, o buraco não é simbolizado, é real (PERES, 1996). O objeto perdido toma lugar de significante fálico, da mesma forma que o pai no Complexo de Édipo e que o bebê para a mãe.

Na teoria lacaniana encontra-se que o objeto de desejo perdido conquista uma existência absoluta, haja vista que não corresponde a mais nada - é assim que faz buraco no real (PERES, 1996). Vimos isso nas falas das mães ao longo deste trabalho: o filho perdido passa a ter uma existência absoluta acima de qualquer coisa, nada nem ninguém pode substituir esse objeto perdido.

Há dois posicionamentos possíveis do melancólico em relação às coisas do mundo externo: acha tudo horrível ou se mostra completamente indiferente a elas. Fato é que constantemente o melancólico encontra-se angustiado e experimentando um luto. Nesse estado, apega-se a acontecimentos geralmente insignificantes e a partir deles sente-se culpado, como se houvesse cometido um crime. Este acontecimento, que se torna uma ideia fixa que deve ser repetida, dá origem a um delírio de perseguição externa ou de auto-culpabilidade. Seja qual for o tipo de delírio, todos têm o mesmo caráter, na medida em que são dotados de passividade e marcados pelo padecimento e pela submissão a uma força imperativa. Os delírios são tentativas que o melancólico faz de poder explicar de onde vem sua tristeza.

Quando ele se pergunta acerca disso, o que lhe vem à cabeça são sombras que demandam representações e culminam na ideia fixa e no delírio (GRIESINGER, 1999).

Allouch (2004) explica que assim como na melancolia, no luto também é possível que a realidade seja posta à prova. Refere-se a uma experiência possível de perda de realidade, deixando de ser divisória entre a realidade e o real.

A pessoa que passou por uma perda recentemente, por vezes, acredita encontrar em seu dia-a-dia, no ponto do ônibus, no restaurante ou passando na rua a pessoa que acaba de morrer. Tendo isso em vista, Allouch (2004) critica a versão freudiana de que no luto a inexistência do objeto perdido na realidade é bem resolvida. O autor afirma que, se assim fosse, essa experiência tão satisfatória de rever o objeto na realidade não seria possível.

Feita essa ressalva que contempla o luto nas alterações psíquicas e de personalidade já mencionadas, salientamos que além dessas a melancolia pode ocasionar diversas alterações físicas, podendo estar ligada aos seguintes sintomas: diminuição ou completa perda do sono; dores de cabeça; má digestão; apetite irregular (aumentado, quando parece haver ausência da sensação de saciedade ou diminuído, quando a sensação de apetite parece ser ausente); emagrecimento; perda do brilho da pele; lentidão e dificuldade na respiração; temperatura constantemente fria nos pés e nas mãos; perturbação no ciclo menstrual; e aparecimento de anomalias na secreção urinária (GRIESINGER, 1999).

Além disso, Griesinger (1999) aponta que anomalias da sensibilidade e do movimento que são comuns na melancolia, como a sensação de vazio e de mortificação do corpo.

Os movimentos dos melancólicos portam de maneira integral a marca do afeto doloroso dominante. Mais habitualmente eles são pesados, lentos ou estão suprimidos; o doente fica de bom grado no leito ou permanece durante todo o dia sentado no canto, sem prestar atenção ao que o cerca. (GRIESINGER, 1999, p.22).

Isso pode ser explicado pelo fato de que, no melancólico, invade o sentimento de marginalidade e de estrangeirismo diante de si próprio. Como já dito, a visão das coisas é extremamente negativa, chegando ao ponto, por vezes, de

negar os próprios órgãos, o próprio corpo, como na síndrome de Cottard²³. Em suma, "o melancólico erra pela vida na procura de um sentido que está sempre lhe escapando". Seu discurso reflete a profunda tristeza de uma vida sem sentido e de um vazio que lhe predomina. Isso se manifesta sempre com intensa angústia (PERES, 1996, p. 64).

Pautado em Lacan, na lógica das inflações dos três registros, real, simbólico e imaginário, Jorge (2001) salienta que, como angústia decorre da invasão do imaginário pelo real, a culpa emerge como tentativa de proteção contra a angústia e como possibilidade de suturar o buraco produzido pelo real no imaginário do sujeito. Para Lacan, é sempre preferível a culpa do que a angústia. Falemos, então, mais sobre a culpa, visto que é tema de suma importância neste trabalho na medida em que é elemento presente no discurso das mães quando o tema é a morte de seus filhos.

A psicanálise freudiana mostra a distinção entre uma culpa religiosa e uma consciência moral vinculada ao sentimento de uma falta. Enquanto a religião vem para redimir o ser humano de seus pecados, para a psicanálise a culpa é irremovível. A culpa em relação à falta não está ligada ao pecado. Refere-se a uma dívida simbólica determinante da vida humana. "O homem é culpado pela ruptura com a ordem da natureza, ele é culpado por falar, e essa culpa toda a humanidade suporta" (PERES, 2001, p. 11).

Ancorada na leitura freudiana, Peres (2001) explica que a convivência com a família e os conflitos que decorrem dela se expressam no Complexo de Édipo. É por essa via que se introduz a consciência moral e que surge o primeiro sentimento de culpa. Retoma Freud (1913) lembrando que para ele a cultura foi fundada no ato agressivo do assassinato do pai. Este ato consumado satisfaz o ódio constituinte da ambivalência e expressa o amor por intermédio do arrependimento. Resgata ainda o texto "O mal-estar na civilização", de Freud (1930) para enfatizar que a culpa é o sentimento mais importante do desenvolvimento cultural. O homem paga pelo progresso da cultura com a perda de sua felicidade. O não cumprimento das exigências ideais impostas pelo superego cultural (que tem origem semelhante ao individual) provoca o aparecimento de uma angústia da consciência moral. A

²³ É também chamada de delírio de Cottard. A pessoa que a porta acredita que está morta e por isso não responde a estímulos exteriores e de outras pessoas. Também é possível que seus órgãos internos estão podres ou em processo de apodrecimento.

psicanálise deve dar espaço de escuta para essa angústia e culpa de existir (PERES, 2001).

O sentimento de culpa é algo que vem como resposta que permite tomar a falta para si. Geralmente essa culpa pertence ao neurótico. Porém, aparece também na clínica da paranoia, na qual remete à perseguição, que está sempre relacionada a um Outro que persegue, muito embora o sujeito não seja culpado (SOLER, 1999).

Tendo em vista que de alguma forma em todo o caso clínico se faz presente o sentimento de culpa, Soler (1999) enumera os paradoxos desse sentimento, baseada em Freud e Lacan:

1) O sentimento de culpa vai além do que é factualmente possível. Havendo possibilidade, o sujeito sentir-se-á culpado seja pelo desaparecimento de um parente amado ou pelo fato de alguém próximo ter adoecido. Para Freud, essa culpa está ligada à tese cristã de que o sujeito não é apenas culpado por seus atos, como também é culpado por seus pensamentos.

2) Existe um hiato entre o sentimento de culpa e os atos culpáveis. A título de exemplo, os carrascos e torturadores não se sentem culpados, visto que são culpados. Na clínica, o arrependimento nunca vem de um verdadeiro carrasco. A culpa se aloja no inocente, que se recobre de censuras. Especialmente os neuróticos obsessivos e os melancólicos apresentam censuras tamanhas que chegam ao delírio.

3) A culpa em nada garante que o sujeito enfrentará suas responsabilidades visto que ela é impotente. Indica que o sujeito está pronto “para lavar as mãos”.

4) O último paradoxo é o de que a culpa leva ao crime com o objetivo de aliviar o sentimento até então infundado, imotivado de culpa (como no caso do personagem de Dostoievsky).

Nos casos clínicos de perdas de entes queridos apresentados por Jorge (2001), a serem retomados posteriormente, foi possível observar a presença da culpa. No caso da viúva, a ser melhor descrito em momento posterior, ela culpava o mundo todo ao seu redor como responsável pela perda de seu marido. No caso da mãe que perdeu a filha, ela culpa a si mesma pelo acontecido. Diante da manifestação da culpa em ambos os casos, sob aspectos distintos, o autor questiona se a culpa não é algo sempre presente no trabalho de luto, seja sob a forma de ataque do superego contra o mundo ou contra o próprio ego.

Jorge (2001) aponta para a possibilidade de que a culpa atue no luto como possibilidade de “dar sentido”. É isso que possibilita ao sujeito constituir algum imaginário e propiciar ao psiquismo uma dose de homeostase diante do real traumático da morte.

Para Miguelez (2007), é possível que todo o luto contemple algo da ordem do traumático e é isso o que justificaria o caráter compulsivo e obsessivo do luto. Nenhuma perda – desde as repentinas até as esperadas e mesmo desejadas – permite que o sujeito possa subtrair-se das memórias do ente querido perdido. Isso acontece porque não há preparo possível para a morte, visto que se encontra no campo do irrepresentável. A morte é sentida como desamparo e coloca em xeque a suposta proteção do superego. Entra-se em contato, inevitavelmente, com a castração.

Rudge (2001) reafirma que as perdas importantes implicam em danos e feridas narcísicas graves. Nesse caso, a culpa entra em favor da manutenção da ilusão de que podemos confrontar a morte, bem como as demais injúrias que a vida impõe.

Se a doença, a fragilidade do corpo e a morte são as nossas maiores feridas narcísicas, a culpa pode emergir como uma maneira de ludibriá-las. Pela culpa, o que é afirmado é a possibilidade de manter a morte à distância, vencê-la no jogo de xadrez. (RUDGE, 2001, p. 205).

A ilusão a qual nos agarramos é a de que se nos esforçarmos e fizermos as coisas direito, como nunca fizemos antes, conseguiremos dar cabo da morte. A culpa aqui economiza angústia de castração. Pegamo-nos às voltas procurando saber dos erros que cometemos, buscando evitá-los no futuro, para que tamanha dor nunca mais se repita. Trata-se da incansável busca de dominar o sentimento de desamparo a que a perda do objeto amado nos expõe em carne e osso (RUDGE, 2001).

Um exemplo observado com frequência na clínica é o daquele que acabou de perder o ente querido que insiste na autoacusação de que não cuidou da melhor maneira possível do ente amado enquanto padecia doente. Acusam-se de não terem escolhido o melhor médico, o melhor hospital, ou seja, de não terem tomado todas as providências possíveis e imagináveis que, em tese, poderiam ter lhe salvado a vida (RUDGE, 2001).

A culpa se mostra como mais uma maneira de presentificar a perda. Sentir-se culpado o tempo todo pelo acontecido com o ente querido, possibilita que o evento da perda continue o tema principal da vida pulsional do sujeito. Nos casos das mães que perderam filhos, culpadas incondicionalmente, observamos uma insistência em não esquecer, por nem um minuto, da morte dos filhos.

Existe um medo de, por um milésimo de segundo, esquecer a pessoa amada e isso significaria legitimar sua morte uma segunda vez, em si mesmo e na memória (JORGE, 2001).

Além disso, “o sujeito sabe que a memória é uma das formas mais privilegiadas de louvar a pessoa amada, de torná-la presente” (JORGE, 2001, p.126).

Essa impossibilidade de esquecer e de culpar-se pela morte do filho, levamos à constatação de que há uma especificidade na relação entre pais e filhos. Miguelez (2007) retoma o texto freudiano sobre o narcisismo e fala da natureza narcísica dessa relação. Contudo, de acordo com Miguelez (2007), em momento algum Freud (1914) trata do narcisismo presente nas relações pais-filhos (ao qual se refere com as palavras “revivescência”, “reprodução”, “atribuição”) com os mesmos termos que utiliza para a melancolia. O autor explica que o que acontece quando se tem um filho, é algo da ordem do deslocamento, por intermédio de uma revivescência, de uma reprodução ou atribuição que fazem com que o narcisismo passe de um lugar para outro. Nessa relação há uma renúncia da satisfação narcísica direta que encontra um substituto no filho.

Na opinião de Miguelez (2007) essa descrição narcísica da relação pais-filhos é muito diferente do que Freud escreve sobre a melancolia, na qual não há renúncia, não há possibilidade de luto, não há distinção entre o ego e o objeto; só o que há é a impossibilidade de discriminar e a confusão. A explicação que encontra para isso é a de que, embora a palavra seja a mesma, os narcisismos presentes nesses dois processos possuem estruturas muito diferentes.

Para o autor, o narcisismo das psicoses, melancolia e paranoia não pode ser o mesmo que transpassa a relação pais e filhos. Quando se atribui a majestade ao bebê, há diferenciação entre o ego e o bebê. Nesse processo há renúncia, reconhecimento de limites, carência e castração, características essas ausentes nas psicoses (MIGUELEZ, 2007).

Diante de toda a experiência que pude ter com mães que perderam filhos, me questiono se essa diferenciação entre a mãe e o bebê é deveras clara como afirma Miguelez (2007). Parece-me que a geração e criação do filho é toda permeada de identificações narcísicas ocultas para a mãe. Quando o filho morre, faz com que essas identificações retornem para o ego, ainda inconscientes. Todo esse processo, como mostra o presente trabalho é muito penoso para a economia psíquica. Para quem observa de perto o que acontece com as mães cujo luto penoso não cessa de se fazer presente, pode sem sombra de dúvidas ver as aproximações disso com a melancolia, conforme descrita por Freud (1917a).

Miguelez (2007) recorre ao texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” de Freud (1905) para aclarar a questão do que se perde quando se perde alguém essencial. Para isso, retoma o que a psicanálise chama de objeto.

O objeto é, então, objeto de pulsão e desde muito cedo Freud sustentou a relativa contingência do objeto. Com a introdução do conceito de narcisismo, o eu é visto como competindo com o objeto para ser depositário da libido. Assim, afrouxa-se ainda um pouco mais o laço que une o sujeito a seus objetos. O processo de luto não é outra coisa senão trabalho de descolamento da libido, trabalho doloroso, pois a libido está fixada e ninguém renuncia às posições da libido sem esforço e sem sofrimento (MIGUELEZ, 2007, p. 26).

Miguelez (2007) ressalta a sensação de impotência encontrada em casos de mães que estão prestes a perder um filho, como nos casos de doenças degenerativas que vão conduzindo à morte aos poucos.

Como vimos anteriormente, a mãe sente culpa pela morte do filho para dar um sentido ao acontecido, para confrontar a castração, para substituir a angústia e para presentificar e prestigiar a existência do filho, dia após dia. Porém, no fim das contas, percebemos que essa culpa não dota a mãe de qualquer potência diante do acontecido. Ao contrário, acaba por trazer à tona a castração.

Toda a complexidade envolvida no sofrimento da mãe que perde o filho e não conclui o luto por sua morte, demanda pensarmos o tratamento dessas pessoas na clínica psicanalítica. Como o tratamento psicanalítico se individualiza dentro da cultura medicalizada? E, dentro da própria psicanálise, existe alguma especificidade no tratamento de quem chega à clínica relatando a perda de objetos amados?

Silvestre (1999) indica que o tratamento por intermédio da palavra possibilita um retorno a uma rede significativa que permite significar algo para o sujeito. A

intervenção médica da depressão retrata um procedimento de tapeação de um furo que se apresenta e que o médico não compreende, mas tenta desesperadamente tapar.

Observamos que é frequente que o paciente não tenha acesso à escolha de outras formas de tratamento que não a medicamentosa e por isso não tenha a oportunidade de falar mais ou de perceber o abuso da medicina. Contudo, em alguns casos, o paciente [enlutado] chega ao consultório do analista para falar de suas questões e dar início a um tratamento que talvez de início não seja uma análise, embora possa tornar-se uma após certo tempo (SILVESTRE, 1999).

Retomando o caso da viúva atendida por Jorge (2001), a paciente descreve que acompanhou o percurso da doença do marido durante um ano, até sua morte. Ele padeceu de um câncer de evolução rápida. O autor revela que ouvir essa paciente foi, por vezes, penoso, pelo fato de ela sempre trazer à tona a morte, o assunto do qual todos querem fugir.

Quando se ouve um analisando falar insistentemente sobre a perda de um ente querido, o fato é que nossa própria capacidade de fazer o luto é recolocada em ação, temos que, de algum modo retomar as lembranças daqueles que amamos e que hoje estão mortos. (JORGE, 2001, p.124).

Além disso, o autor explica que o analista acaba por se deparar com a própria finitude, tendo que fazer o luto da própria vida. Para Jorge (2001), o psicanalista diante de um caso como esse deve poder ouvir o discurso sobre a morte e aproximar-se dela intensamente, o que consiste no mais árduo dentre todos os trabalhos, visto tratar-se do não-senso radical da vida.

Jorge (2001) questiona o que é que faz com que nunca estejamos preparados para a morte. Ele recorre à teoria lacaniana e diz que

[...] a morte está do lado do simbólico, ela remete ao recalque originário, a algo a que não damos jamais sentido [...] mesmo que sejamos logicamente capazes de dizer 'todos os homens são mortais', não conseguimos nunca imaginar esse 'todos'. (JORGE, 2001, p.125).

O registro da morte não opera de fato no ser humano enquanto realiza as atividades do dia-a-dia. É por isso que vive relativamente tranquilo. Ninguém em verdade sabe do que se trata a morte (JORGE, 2001).

Jorge (2001, p.126) fala mais acerca do atendimento da outra analisanda já citada, que perdera a filha de 20 anos de maneira repentina. Com essa paciente ele aprendeu que “o luto de um filho tem um peso de impossibilidade que lhe é inerente – pois como elaborar a morte de alguém a quem se deu a vida? Como admitir que o mais poderoso amor é tão impotente diante da morte?”.

Miguelé (2007, p.22) assinala que “a morte de um filho é capaz de produzir um dos sofrimentos mais intensos que o ser humano pode experimentar”. Essa experiência chega a ser inominável. Ainda não se conseguiu dar um nome para os pais que perdem filhos, diferentemente do que foi feito com órfãos e viúvos.

O autor observa que os conflitos que acontecem entre o casal cujo filho morreu estão relacionados à complexidade de elaboração dessa perda. Muitas vezes, o que traz a mulher ao consultório é a iminência de separação do marido. As dificuldades de desmanchar a casa, vender os objetos e dividir os bens são potencializadas (MIGUELEZ, 2007).

Soler (1999) explica que a perda do amor para uma mulher vai além de uma perda fálica. O que a mulher perde nesse processo é ela mesma. A teoria freudiana aponta que quanto mais estranho e inassimilável for o objeto perdido, maior será a fixação.

Neste momento, abrimos um parêntese do enquadre da melancolia enquanto psicose, para tratar de uma outra possibilidade, de uma neurose melancolizada. Rabinovich (1994) traz o quadro clínico de uma histeria “melancolizada”, de uma paciente que descobre que nunca poderia ter filhos, cujo tratamento mostrou a importância de articular o fantasma masoquista à estrutura histórica para que fosse possível analisar essa suposta melancolização da paciente.

Rabinovich (1994) denuncia a dificuldade dos analistas de compreender as passagens ao ato dos quadros “melancolizados”. Surgiram termos muito imprecisos como: estrutura narcísica, fixação oral, histeria de defesa contra a psicose; porém eles mascaram a impotência do analista de dar conta desses casos ao assumir o lugar do mestre, que sempre acaba sendo protegido e denunciado pela histérica (RABINOVICH, 1994).

Nos casos de mães que perderam filhos aos quais temos acesso, frequentemente encontramos-nos frente a essa dificuldade de decifrar quando a melancolização se refere a uma neurose ou a uma psicose. No grupo de mães que perderam filhos, certamente observamos ambas as possibilidades. Em quase todos

os casos há presença dos elementos: impossibilidade de abandono do objeto, culpa, tomada do filho morto enquanto objeto central na vida das mães, passagens ao ato, alucinações, etc. Essa questão será retomada na discussão.

Voltando a pensar o tratamento de pessoas que sofreram perda objetal importante, Jorge (2001) fala a respeito das limitações da análise nos casos em que o sujeito se encontra em pleno luto. Parece-lhe que não só o paciente, como também o analista, são tomados por uma dificuldade suplementar na experiência. A dificuldade está no fato de que o trabalho de análise encontra-se identificado com o próprio trabalho de luto, tendo em vista que o luto traz à tona de maneira intensa o problema geral do objeto, como também o fato de que ambos remetem à experiência da perda objetal originária.

O autor aponta que nesses casos em que o paciente busca análise em luto, o tratamento pode ser intensificado: “[...] no caso do trabalho do luto, o trabalho da análise acha-se catalisado por algo que é seu próprio caroço de uma forma muito brutal” (JORGE, 2001, p.129).

A análise pode, no fim das contas, ser compreendida como um luto sem o fator brutal traumatizante da perda do objeto. Esse luto da análise é feito em um tempo mais longo e com a ausência da dor intensa da perda do objeto amado (JORGE, 2001).

Jorge (2001) indaga se o trabalho de análise sobreposto ao trabalho do luto não consiste em uma soma excessiva de real para o trabalho de simbolização analítica. Conta que sua experiência mostra que essas análises são possíveis por período de tempo relativamente curto. Parece que o sujeito precisa se afastar para suportar sua dor. Ao psicanalista cabe ter postura humilde e ponderada de não querer forçar a análise para além do que ela poderia ir. É possível que o afastamento do sujeito da análise seja uma proteção contra a aproximação excessiva de algo mortífero que tornou-se insuportável. É como que necessário que o sujeito se afaste momentaneamente da morte para que possa continuar vivendo, algo que estando em análise não pode fazer. Nesses casos, o analista deve poder deixar o paciente ir.

Contribuindo para essas reflexões clínicas, Rudge (2001) sugere que, nos casos em que se constata a identificação narcísica (melancolia), o psicanalista se utilize da transferência para interferir na cristalização da incorporação fantasmática

para possibilitar que novas significações sejam produzidas em prol de libertar o desejo que se encontra aprisionado na incorporação.

Para Rudge (2001) o trabalho de luto sempre envolve a reestruturação de um narcisismo gravemente lesionado e a retomada das ilusões que permitem os investimentos na vida e no amor. Esse processo deixa suas marcas, que são permanentes e decorrentes da perda.

Tendo apresentado as contribuições de psicanalistas contemporâneos de orientação lacaniana para a compreensão do sofrimento das mães que perderam filhos que não concluem o luto por sua morte, fica evidente que as consequências dessa perda são graves e parece que o sofrimento, esteja em bases neuróticas ou psicóticas, apresenta tons melancólicos.

A clínica nos mostra que o trabalho psicanalítico pode ser demasiado para essas pessoas. Observa-se que elas não resistem ao tratamento por muito tempo e que dificilmente ele pode chegar a configurar-se enquanto uma análise. O enlutamento pela morte do filho parece ser soberano a qualquer intervenção.

Nossa proposta, para o momento que segue, é reunir as contribuições freudianas previamente trazidas juntamente com o que trouxemos dos autores contemporâneos e nossa experiência clínica, para traçar uma discussão que nos possibilite uma aproximação de resposta para a questão que fundamenta este trabalho, bem como repensar a clínica psicanalítica a partir disso.

6. DISCUSSÃO

Como já disse em dado momento da introdução, o tema da morte é caro à civilização, à psicanálise e acredito que o é também a qualquer um que se proponha a estudá-lo. Nos capítulos que antecederam esse momento de discussão emergiram complexos conceituais de extrema genialidade e dificuldade da obra freudiana, que nos auxiliam a compreender do que se tratam o luto e a melancolia, bem como entender um pouco o que significa uma perda de ordem narcísica. Essa elucidação é de grande importância para que, a partir de agora, possamos retomar a questão do trabalho – do se que trata o sofrimento de mães que não concluem o luto pela morte de seus filhos? – e tentar respondê-la da melhor forma possível. Para tanto, é importante colocar que essa resposta diz de um recorte textual que fiz da obra freudiana e de um percurso que me foi sendo imperativo na medida em que adentrei nos textos para tratar de meu problema de pesquisa. Acabei por percorrer também textos de autores contemporâneos da psicanálise visando um aprofundamento um pouco além de Freud no assunto tratado. Os resultados da pesquisa, que venho apresentando, possuem limites que se pautam em todas as dificuldades de tratar de um tema de grande peso em determinado tempo, lugar e espaço que exigem um intenso contato com diversas questões complexas e ao mesmo tempo, pelo limite do texto, uma elaboração rápida destas.

A opção por desenvolver o trabalho majoritariamente em Freud, justificada na metodologia do trabalho, possibilitou uma aproximação com o tema que descrevo como genuína. Poder percorrer a obra de Freud desde seus primórdios para compreender o percurso da construção de todos os conceitos que me coube investigar foi muito importante. Entre outras coisas, pude aprender com a referência primária da psicanálise como a pesquisa em psicanálise está em cada observação dos fenômenos clínicos e em cada construção conceitual, que depois retorna à clínica, em um movimento dialético e infinito. Esse aprendizado me faz escolher a psicanálise mais uma vez, na medida em que se trata de uma construção passível de desconstrução a qualquer momento. Esse movimento da psicanálise remonta os movimentos de vida e de morte, que regem todos nós.

Acredito que os trabalhos acadêmicos que se propõem a falar da morte têm uma importância singular por permitirem uma abertura de espaço para tratar de um tabu. Em especial as mães que perderam seus filhos, demonstram que precisam falar de sua perda e serem ouvidas. Porém, encontram-se imersas em uma cultura que oferece cada vez menos condições para que falem e chorem a morte do filho. É fundamental que essas questões que cotidianamente observamos e vivenciamos na clínica possam chegar às salas de aula quando estamos comprometidos com a psicanálise.

Foi devido à ausência de esclarecimentos em relação à clínica da morte que me questionei sobre as manifestações de sofrimento melancólico com as quais entrei em contato. Foi então que me engajei na construção teórica, a qual retomo agora.

No manuscrito E de Freud (1894), ele fala de uma tensão sexual psíquica, geradora de angústia, que dá origem à melancolia. Posteriormente, no manuscrito G, ele nos conta que observou que a anestesia se manifesta predominantemente na mulher. Desconfia de que isso acontecia em função de uma inibição socialmente imposta à sua sexualidade somática, em contrapartida a uma exacerbada estimulação psíquica. Concluiu que essa inibição sexual conduzia à frigidez (FREUD, 1895b). Freud (1895a) associa à melancolia a ideia de uma hemorragia interna de perda de excitação, na qual constata inibição e uma ferida acompanhada de dor.

No caso das mães que perderam filhos a tensão psíquica acumulada parece não poder ser escoada. Por intermédio de nossa experiência com as mães do grupo, faz sentido pensar que a questão da inibição e anestesia nas mulheres é ainda atual. É evidente a problemática em torno da sexualidade. As mães não se sentem à vontade para terem relações sexuais ou qualquer prazer após a morte do filho. Torna-se recorrente ouvirmos então as histórias de traição dos maridos ou de separação do casal, embora isso seja pouco discutido no grupo. Logo que o assunto surge, é logo abafado devido ao mal estar geral sentido sobre falar da sexualidade, principalmente quando se encontram numa reunião de mães para falar de seus filhos. Algumas delas acreditam que, de alguma maneira, os filhos também estão presentes na reunião de forma espiritual. A partir de uma escuta psicanalítica, podemos relacionar essa presença dos filhos à questão da incorporação. Com a

presença integral do filho junto à mãe, parece ficar ainda mais difícil ceder às exigências de satisfações sexuais.

Retornando às ideias contidas nos capítulos 1, 2 e 3, a mãe que perdeu seu filho possui com ele uma identificação evidente, visto que o filho representa uma parte de ser mulher muito importante para ela. O filho vem a ser objeto de grande importância na resolução de conflitos edípicos e de castração, pois é quando a mulher pode realizar seu desejo fálico. A completude reivindicada a vida inteira está representada no filho, principalmente no filho homem. Na dissolução do complexo de Édipo, a menina é capaz de renunciar ao pai e deixá-lo para a mãe, quando se convence da ideia de que um dia terá um filho para ele. Afinal, a transição para a feminilidade só é completa quando o desejo do pênis, de ser completa e sem furos, é substituído pelo desejo de ter um bebê. Neste filho ela é capaz de investir todo o seu amor. Em suma, podemos pensar na ideia de um filho que vem para realizar a mulher das mais diversas formas, como ela sempre desejou inconscientemente. A relação da mãe com o filho por intermédio da vinculação narcísica justifica a desestruturação que a perda desse objeto provoca na mãe.

Freud (1933b) atribui à feminilidade maior quantidade de narcisismo e isso tem influência em suas escolhas objetais. Freud (1928) diz que a mulher que se torna mãe não escapa de uma transferência inconsciente para com o filho, por intermédio da qual lhe investe todo o seu amor.

Como a ausência do pênis constitui para a mulher uma ferida narcísica, a geração de um filho pode ser a única coisa que possibilita a elevação para o amor objetual completo. Lembrando que, para Freud (1933b), a mãe somente obtém satisfação sem limites na sua relação com o seu filho menino. Essa é a relação mais perfeita e livre de ambivalência entre todas as relações.

É a partir da observação de que o filho pode ser reparador do narcisismo dos pais que Freud (1914) apresenta a ideia de “sua majestade, o bebê”. Explica que os pais projetam, reproduzem e revivem seu narcisismo nos filhos, negando as deficiências, bem como a sexualidade deles.

Ao ocupar lugar único e megalomaniaco na vida dos pais, o filho deve ser poupado das leis rigorosas e não deve haver renúncias e restrições aos seus desejos. Freud (1914) entende que por intermédio dos filhos os pais tentam garantir a imortalidade de seu próprio ego. Trata-se de um renascimento narcísico que é transformado em amor objetual e destinado à criança.

Diante do exposto, retomamos aqui a questão do que acontece quando a mãe perde esse filho que permitia a satisfação narcísica: a morte do filho reabre a ferida narcísica do feminino, da ausência do pênis e da completude. Freud (1937) descreve que as mulheres deprimidas pela ausência do pênis, esperam com a análise conseguir (ou, quem sabe, reconquistar) esse objeto. Ao que parece, estão sempre em busca da realização dessa conquista e acabam sempre se deparando com a frustração.

Quando a mãe perde o filho, instaura-se uma grande confusão. Durante os primeiros tempos de vida o filho foi parte dela. Posteriormente, com seu desenvolvimento, pôde ser transformado em objeto diferente dela. Depois de morto faz com ele uma identificação narcísica. De acordo com Freud (1917a), a presença da identificação narcísica é o que transforma o luto “normal” em luto patológico (melancolia). É quando observamos que a sombra do objeto recai sobre o eu.

É como se o filho voltasse a ser parte da mãe por intermédio do processo de incorporação. A incorporação remete à ideia de colocar o que está fora para dentro, por intermédio de uma ingestão canibalística simbólica. Isso acontece devido a uma impossibilidade de desinvestimento ou descatexia objetal do filho e de substituição do objeto perdido. Freud (1930) aponta que historicamente o ser humano foi tornando a satisfação de sua vida pulsional essencialmente subordinada às relações sexuais. Com isso, gradativamente o sujeito se tornou perigosamente dependente do objeto amoroso (1917b). A consequência é que não são todas as pessoas que mantêm a plasticidade ou livre mobilidade da libido. A principal limitação, é que a satisfação da pessoa fica vinculada e muito dependente de um pequeno número de fins e objetos. Freud (1937) nomeia isso de “lealdade libidinal”. Foi assim que o sofrimento de perder ou de ser rejeitado pelo objeto escolhido tornou-se intenso.

Podemos pensar que a renúncia à descatexia libidinal do filho que morreu está justificada em questões narcísicas. A mãe se recusa a abrir mão da satisfação alcançada nessa relação, afinal, quando perde seu filho, uma projeção narcísica da realização de seus próprios desejos, sonhos e projetos se perde. Contudo, ao incorporar o filho no ego, a mãe passa a viver com sua presença o tempo todo, da mesma forma que Dostoievski incorpora o pai e passa a sentir-se como ele, porque se torna o pai. No texto “Luto e melancolia”, Freud (1917a) fala que com a dificuldade de aceitação da realidade a pessoa pode chegar a uma psicose alucinatória de desejo.

A impressão que tenho de minha experiência clínica é a de que a incorporação do filho ao ego da mãe se enquadra no que Freud descreveu como a identificação quando passa a ocupar lugar do ideal de eu. Dessa forma, a mãe descreve o filho falecido como o mais ideal e perfeito. Passa, muitas vezes, a viver em função do projeto de vida que o filho havia construído para si.

Além disso, Freud (1915b) nos explica que quando uma relação de amor é rompida, é provável que o ódio surja em seu lugar. Esse ódio, que tem motivos para existir ali, é reforçado por uma regressão à fase sádica, que é a fase preliminar do amor. Adquirindo caráter erótico, o ódio garante a continuidade da relação de amor ameaçada pela perda objetal.

Em outras palavras, concluímos que o amor narcísico retorna ao ego sob a forma de ódio, de hostilidade contra a cessação de prazer. É isso o que passa a suprir as necessidades da mãe. Com a regressão do amor ao ódio e à fase sádica, a mãe passa a sofrer e gozar das autotorturas investidas contra o ego, que delinea o caráter masoquista de sua vida pulsional. Eis o quadro melancólico.

Unindo a questão masoquista à identificação narcísica com o filho no lugar do ideal de ego, podemos ter a dimensão do sofrimento implicado nessa “resolução psíquica”, do qual falaremos mais. Economicamente, essa resolução é viável, visto que o ideal de ego recebe os investimentos do id por conta das questões narcísicas mais primitivas. Assim, ela sustenta essa identificação melancólica na medida em que o id investe libido narcísica no ideal de ego e satisfaz-se com isso.

Observamos, então, no sofrimento da mãe um teor masoquista, tendo em vista que as exigências de superego, em concordância com ideal de ego, atacam ferozmente o ego. Na primeira teoria das pulsões, Freud (1915b) nos explica essa questão. Mostra que uma pulsão pode passar pelas vicissitudes de reversão ao seu oposto e de retorno em direção ao ego. No caso das mães em questão, a reversão ao oposto acaba sendo do sadismo para o masoquismo e da atividade para a passividade; enquanto a reversão de conteúdo é da ambivalência, no qual o amor se transforma em ódio. Acrescenta que as vicissitudes pulsionais se relacionam e dependem da organização narcisista do ego, fazendo retornar o teor dessa fase. Como estamos tratando de mães que perderam filhos e que não concluem o luto por sua morte, fazemos a aposta de que estamos lidando com um grau bastante elevado de organização narcisista.

Sabemos que para Freud (1915b) é na fase narcísica primária que emergem os objetos e que surge o ódio, que é oposto ao amor. O ódio é mais antigo que o amor e advém da repulsa ao mundo externo por parte do ego narcisista.

Retornando às origens do teor masoquista do sofrimento, o ideal de eu e o supereu fazem exigências ao ego e, em troca, lhe conferem proteção. O supereu cobra que o modelo a ser seguido - ideal de eu - seja seguido de fato. Esse modelo é herdado, não das atitudes dos pais, mas do próprio ideal de ego dos pais. É esse ideal que impõe aos filhos que realizem todos os feitos que os pais sempre almejavam e que não conseguiram atingir.

Entretanto, quando entra em contato com a falta, com a castração, com a morte, o ego se angustia, pois é colocado em cheque seu amor e proteção (FREUD, 1926). O confronto com a morte gera angústia e a melancolia é repleta de angústia. Sabemos que, em verdade, o medo da morte é o medo da castração.

Com a incorporação do morto no lugar de ideal do eu, por intermédio da identificação narcísica, é possível que as exigências do eu tenham um peso ainda maior quando o morto é um filho. Podemos pensar que quando as demandas incorporadas são impossíveis de serem cumpridas, entrar-se-á em contato com a castração e isso gerará enorme frustração, angústia e culpa.

A partir disso retomamos Freud (1933b), que fala claramente da possibilidade de o ego tomar-se como objeto e tratar-se tão mal quanto trataria outro objeto, além da tese de o masoquismo ser verdadeiramente feminino, devido à supressão constitucional e social da agressividade das mulheres. Nossa experiência com algumas mães do grupo mostra que após a morte do filho, parece impor-se uma regra de que as mães nunca mais poderão ser felizes como antes. Elas sentem que nunca mais poderão ter prazer com atividades como dançar e escutar música, assim como nunca mais poderão aproveitar as festividades de páscoa, natal e ano novo, tendo em vista que isso só pertence às “famílias inteiras”, aquelas com todos os filhos vivos. Algumas mães também se privam de fazer coisas das quais gostavam muito (como cozinhar ou ir ao supermercado fazer compras), quando estas as fazem recordar demasiadamente o filho morto. Toda essa privação de satisfação parece estar ancorada no masoquismo e na culpa. A nova forma de satisfação, que agora regula a vida pulsional, está ancorada em bases melancólicas.

Podemos avançar nessa questão com Freud (1920), quando inaugura a segunda teoria das pulsões, lançando mão das pulsões de vida e de morte. Fala-se

do confronto com a vida, da luta de Eros para que não haja o abandono da vida pela morte.

Pensamos que o que confronta o sadismo e o ódio que a mãe investe contra si própria, situados sob a égide da pulsão de morte, é Eros, que por vezes atua nas mães por intermédio da militância. São diversos os casos de mães que perderam filhos que acabam por engajar-se em movimentos sociais e políticos protestando contra a injustiça e impunidade e reivindicando por melhores condições de saúde e segurança para os jovens. Nesses casos, é como se a tamanha dor que sentem fosse capaz de mobilizar o mundo inteiro em prol da causa que matou seu filho. Existe uma necessidade de que todos parem e testemunhem a dor da mãe que perde um filho. É comum que essas mães se apaziguem um pouco na medida em que suas manifestações alcançam resultados: nos casos de assassinato, quando o assassino é preso; nos casos de morte no trânsito, quando uma lei é modificada; nos casos de doenças raras, quando um novo hospital especializado é construído, etc. Parece-nos que, diante da dor, são essas lutas e conquistas que passam a fomentar a vida, postergando a morte. Os pacientes que sofreram traumas conseguem seguir adiante com projetos ligados às causas de suas dores, algo que descaracteriza a ideia de uma melancolia.

No entanto, observamos que nenhuma mãe consegue escapar completamente do desejo de morte e de destruição, seja de si mesmas ou de outros. Elas situam que após a morte do filho, as pessoas ficam mais irritantes, em especial as pessoas que demonstram estarem felizes com os filhos. As mães que perderam filhos questionam-se por que seus filhos tiveram que morrer e não o da outra. Nesses momentos, geralmente enaltecem as qualidades de seus filhos (“estudioso”, “trabalhador”, “lindo”, “brilhante”, “não bebia”, “não fumava”) e de si próprias (“sempre procurei estar presente para o meu filho”, “ensinei o que é certo e o que é errado”, “dei todo o amor do mundo para o meu filho”); e denigrem suas conhecidas, cujos filhos se encontram injustamente vivos (“ela nem liga para o filho”, “o filho dela vive largado”).

É sabido que o desejo de destruir tem como desdobramento o sentimento de culpa. Para Freud (1930), o sentimento de culpa é inevitável, decorre do conflito inerente à ambivalência e à eterna luta entre Eros e a pulsão de morte.

Em 1913, Freud já falava da culpa sentida diante da perda e foi associada por ele à ambivalência e a traços do quadro de neurose obsessiva. Esse sentimento

está sempre a remoer o ego e com isso causa extremo sofrimento psíquico. Todo o desenvolvimento do presente trabalho aponta para a constatação de que a culpa está presente em todos os casos em que houve a perda de um objeto amado. Falemos mais dessa questão.

No já mencionado texto “Totem e tabu”, Freud (1913) nos conta a história dos irmãos que se unem para derrubar, matar e devorar o pai tirano. Nessa história, os irmãos acabam por ingerir o pai, identificando-se com ele. Freud, então, nos fala que a consequência de todo esse ato se refere à supressão do ódio e ênfase do amor pelo pai, bem como a herança do sentimento de culpa.

No capítulo 1, fizemos um paralelo entre a história que nos narra Freud e a história que nos narra a bíblia. Os dizeres cristãos nos cobram o sentimento de culpa diante da morte de Deus, “que morreu para nos salvar”. Além disso, nas missas celebramos seu sacrifício fazendo a ingestão simbólica do corpo e do sangue do Pai assassinado.

Quando retomamos a discussão dos casos de mães que perderam filhos, também constatamos os fenômenos de incorporação, culpa e devoção ao morto. Percebemos que a culpa envolvida no processo de incorporação do filho como ideal denuncia a queda da onipotência materna e o aparecimento de sua impotência (retomaremos essa questão mais adiante).

Num contexto em que os filhos não devem padecer das mesmas dificuldades e frustrações que seus pais porque são criados como herdeiros dos sonhos e da manutenção egóica destes, os pais esperam poder criá-los e preservá-los de qualquer perigo à vida, como se agora a vida deles dependesse da vida dos filhos. Dentro dessa ideia de “sua majestade, o bebê” de Freud (1914), é como se a morte do filho conduzisse os pais à ruína.

Para os pais que perdem filhos, torna-se literal a ideia de Freud (1915a) de que a morte de um ente querido nos traz o confronto com a nossa própria morte.

É nesse contexto que Eros e pulsão de morte atuarão com o desejo de reparação dos ferimentos narcísicos coexistindo com o desejo de que os outros também sofram (FREUD, 1916a).

Retornando à questão da culpa, quando Freud (1921) a relaciona com a identificação e com a melancolia, aponta a mania enquanto única possibilidade de dar ao ego uma brecha do intenso sofrimento. A mania dá alívio a esse quadro, quando ego e ideal se fundem temporariamente.

Há quadros melancólicos nos quais não há brechas para que o ego se sintam menos culpado – quadros nos quais há ausência de mania (FREUD, 1921).

No grupo frequentado, há casos de mães assim, com ausência de mania. Uma conclusão possível é a de que nesses casos o ego não se protege narcisicamente da destruição. Aqui é possível traçar um paralelo entre os casos de psicossomática e de adicção, nos quais não há esse anteparo, nos quais a pulsão de morte é predominantemente atuante. É possível ainda perceber a convergência desses casos com os casos das mães, pensando que as mães se tornam adictas de seus filhos e que, na ausência permanente deles, entram numa eterna abstinência que as faz desinvestirem dos outros objetos. Esses casos parecem ser os de maior gravidade.

Para além da identificação com o filho, a única identificação que essas mães fazem é com o grupo de luto, também de teor altamente narcisista. Em relação ao grupo, ressaltamos o fenômeno da sugestibilidade, constatado por Freud (1921), sobre o qual se fala da necessidade das ilusões para a manutenção da coesão grupal. Conforme vão entrando e integrando o grupo de luto, as mães compartilham suas histórias, dores, tragédias, saberes, crenças e, a partir disso, constroem explicações para a morte dos filhos. Repetem para si mesmas e para suas novas amigas que o filho está bem, melhor do que elas, no céu e ao lado de Deus. Essa crença em uma boa explicação para a morte parece fundamental para as mães que posteriormente conseguem se reestruturar e é típica dos fenômenos de grupo. Conforme Freud (1921), os grupos se ancoram em ilusões e de forma alguma anseiam pela verdade.

A principal razão de existir e de se integrarem ao grupo do luto, é a de ter um espaço para falarem de seus filhos por longo período de tempo, sem precisar sofrer as censuras e as resistências sociais em relação ao tema da morte. O grupo de luto, ancorado no sofrimento da mãe que perdeu seu filho, fura a lei da felicidade, que é culturalmente imposta. O testemunho da mãe para o grupo tem função importante de possibilitar, não uma elaboração, mas um escoamento e um desgaste do sofrimento.

Aproveitaremos esse momento para inserir na discussão as contribuições dos autores contemporâneos acerca da depressão, que é a consequência do fracasso ao impossível imperativo da felicidade, bem como as contribuições e aprofundamento aos conceitos de luto e melancolia.

Para Quinet (1999) e Almeida (1999) a depressão está fundada na sociedade de consumo, na qual há o imperativo de ser feliz. Quem não é feliz e não consome, está fadado ao fracasso.

Essa depressão é um fenômeno de massa, decorrente do modelo econômico capitalista, e não existe em si na psicanálise. Em verdade, esse “enlatado” denominado de depressão vem trazendo muitas pessoas aos consultórios dos psicanalistas e abriga questões fundamentais da constituição do sujeito, podendo estar ancorada numa histeria, numa neurose obsessiva, numa melancolia etc. Uma coisa, então, é certa: a questão fundamental nunca se refere à depressão.

Já adentrando na melancolia, Quinet (1999) aponta uma contraposição entre o melancólico e as demais estruturas clínicas em se tratando do desejo de conservação para existir. O melancólico, que para o autor é psicótico, tem o desejo de morrer que configura desistência da vida (na luta entre Eros e a pulsão de morte, a destruição leva vantagem na melancolia).

O humor na melancolia é completamente negativo. Tudo o que antes era motivo de alegria provoca dor e tristeza no melancólico. O melancólico desenvolve aversão às pessoas (GRIESINGER, 1999).

Uma tese lacaniana que permite compreender a fixação do melancólico no objeto perdido e a aversão a todo o resto é a de que a perda do objeto torna-o desejado na medida em que a impossibilidade é condição fundamental para que se origine um objeto de desejo.

A impossibilidade inscreve o desejo no real e a experiência do luto faz buraco no real. O objeto de desejo perdido conquista a existência absoluta e é assim que faz buraco no real (PERES, 1996).

Quando o sujeito perde aquele em que projeta e idealiza a função do Outro que cuida e ama, que supria a forclusão do Nome-do-Pai, o sujeito se flagra diante da castração. O abalo desse significante conduz à melancolia. Aqui tem origem a nostalgia do ideal e a expressão da falta (QUINET, 1999).

Uma saída possível é o sujeito se identificar com o objeto que possuía a função de suplência e tornar-se um dejetivo abandonado pelo Outro. “O sujeito se identifica com o objeto *a*” (QUINET, 1999, p.136).

A essas ideias lacanianas, podemos ligar todo o quadro melancólico descrito por Freud, no qual existe a extinção do desejo e a depreciação do ego pelo superego. No caso das mães que perderam filhos e se identificaram com o morto

que passa a ocupar o ideal, a mãe se torna um dejetivo e, assim como aconteceu com o filho, deseja abandonar a vida.

A respeito da culpa, pautado em Lacan, Quinet (1999) a situa como possibilidade de substituta da angústia. Diz que é sempre preferível sentir-se culpado a sentir-se angustiado.

Como já vimos anteriormente, no caso das mães que perderam filhos, a culpa possibilita “dar sentido” ao acontecido na medida em que permite tomar a falta para si. Por outro lado, a culpa incentiva a ilusão de que seria possível fazer as coisas de maneira diferente, de modo a evitar a morte. Nesse sentido, economiza angústia de castração. Outra função da culpa é presentificar o evento da perda dia-após-dia.

O problema da culpa, conforme aponta Soler (1999), é que na realidade ela é impotente. Aqui trazemos novamente o que ocorre com a mãe diante da perda do filho. Todo o sentimento de onipotência que parece intrínseco à maternidade é colocado em cheque com a morte do filho. Escancara-se a impotência da maternidade no confronto com a morte.

Sobre o tratamento desses pacientes, Jorge (2001) fala sobre ser um luto sobreposto ao luto da análise, que ambos apontam para a castração, o que pode tornar intolerável para o paciente fazer análise neste momento. Fala também das dificuldades da escuta do analista, que acaba por confrontar-se com a própria castração e finitude. Para o autor, o luto de um filho tem peso de impossibilidade. Como elaborar a morte de alguém que se deu a vida e assumir-se tão impotente diante disso?

Para Allouch (2004), mesmo quando se pensa na conclusão de um luto, o resultado nunca consiste num retorno ao que era antes. O sujeito que passa por isso nunca mais será o mesmo. Além disso, para Allouch (2004) não há possibilidade de substituição objetal, visto que cada objeto é único, principalmente quando o objeto perdido é um filho.

O final do luto pode propiciar que o objeto perdido passe do estatuto de “desaparecido” para “inexistente”. Porém, há casos em que essa constatação nunca é feita (ALLOUCH, 2004).

Há diversas barreiras que separam o morto de uma inexistência. Está ligado ao que o morto realizou em vida e não só o processo de luto. É mais complexo. (ALLOUCH, 2004). Para uma mãe, um filho sempre realiza muitos feitos em vida,

dos quais ela se recorda com orgulho: desde os primeiros passos dele, até o último passo que deu logo antes de falecer.

Ireland (2011) analisa o caso clínico de uma paciente que perdeu uma filha por suicídio e observa que o luto pode não ter tempo para terminar. Após certo tempo em análise, outros temas começam a surgir, inclusive outros lutos da vida da paciente que nunca foram elaborados.

Com base nos casos apresentados na literatura e na experiência com as mães do grupo de luto, parece-nos impossível diagnosticar enquanto psicose todos os casos de mães que perderam filhos. Há dois motivos para isso. O primeiro se refere ao fato de que não tivemos a oportunidade de atender e entrar em contato de maneira detalhada com o caso de todas as mães. O segundo diz respeito ao fato de que observamos que diversas mães - ainda que sofridas, culpadas, inibidas sexualmente, impotentes e impossibilitadas de romper o vínculo (masoquista) diário com o filho morto – conseguem reconstruir e tocar a vida em frente.

É por isso que propomos aqui uma pausa para extrapolar o “estado melancólico” do enquadre psicótico. Em oposição à ideia da melancolia manifesta na estrutura psicótica, encontramos no texto de Rabinovich (1994) um caso de histeria melancolizada, cuja compreensão consiste na articulação do fantasma masoquista à estrutura histórica.

Este caso abre a possibilidade de pensarmos que o sofrimento da mãe que perde o filho e não conclui o luto por sua morte pode estar ancorado tanto em raízes psicóticas, quanto em raízes neuróticas. Quando se abre o buraco da perda do filho na vida da mãe, isso certamente abalará sua estrutura e pode ser o estopim para a deflagração de uma psicose. Porém, pode ser que se a estrutura neurótica for forte, nos deparemos com uma histeria melancolizada.

Dito isso, a última etapa desta discussão tem em vista contemplar as contribuições contidas em uma dissertação de mestrado e em cinco artigos científicos que se relacionam ao tema do presente trabalho e que foram publicados na última década. Ressalvamos que apenas apreciaremos aqui o que consideramos essencialmente relevante para finalizarmos a discussão da questão proposta no trabalho.

Mendlowicz (2000) abre a possibilidade de que o destino de um luto possa ser diferente dos apontados por Freud (1917a): a elaboração ou a queda na melancolia. A autora considera que, diante da dificuldade envolvida no processo de

perda, possa haver outras formações de compromisso em presença de um luto que não é bem elaborado. Embasada em Abraham (1924) ela acredita que o processo de luto demanda ainda muito esclarecimento e que parece envolver, assim como a melancolia, qualidades inconscientes. No entanto, não é por envolver questões inconscientes que todo o luto pode ser compreendido como melancolia.

Ainda citando Abraham, Mendlowicz (2000) assinala que em qualquer processo de perda, existe um primeiro movimento de introjetar o objeto perdido. Esse mecanismo concede vida ao objeto e dá vitalidade ao amor sentido por ele. Porém, parece que no luto normal, essa introjeção é rápida e transitória, pois o psiquismo acaba por ceder ao teste de realidade. De acordo com a experiência clínica da autora, mesmo quando essa introjeção ocorre por período de tempo mais prolongado, não necessariamente se está tratando de uma melancolia, pois há casos em que a pessoa permanece vivaz e interessada na vida.

Para Mendlowicz (2000) o ato de identificar-se com o objeto perdido a fim de mantê-lo vivo origina grande quantidade de angústia, tendo em vista que os vivos não se misturam harmoniosamente com os mortos. Ao emprestarmos vida ao morto pagamos com um pedaço de nossas vidas e, no mínimo, com a ameaça de nossa própria morte. Não há negociação possível com a morte cuja moeda não seja a própria vida. A introjeção de um morto que se quer vivo, de um morto-vivo, é uma solução de compromisso provocadora de intensa angústia, indutora de um pouco de morte.

A angústia decorrente da incorporação do objeto perdido, aos olhos de Mendlowicz (2000), não está vinculada à culpa nem à ambivalência, sendo decorrente da impossibilidade de separação do objeto perdido e do desejo do sujeito de unir-se a ele.

Creiasco (2012) esclarece que o luto se refere à perda do ser amado e à relação que era mantida com ele. A respeito dessa relação, salienta seu caráter narcísico.

O objeto perdido era quem dava um enquadre e um sentido aos desejos. Diante do desaparecimento do objeto, os desejos e as pulsões ficam soltos, sem ligação e sem sentido. O mecanismo da incorporação está diretamente ligado ao excesso de sofrimento pela perda. É esse excesso que leva o enlutado a desejar rejuntar-se ao objeto perdido (CREMASCO et al., 2010).

A não aceitação da morte conduz o ser humano por tortuosos caminhos para lidar com ela. Há sempre grandes chances de fracassos parciais na elaboração do luto, como por exemplo, quando este se refere à perda de um filho. Por vezes, tudo o que o sujeito consegue atingir é uma meia elaboração. Diante do forte golpe narcísico recebido da morte, emerge uma ilusão de que é possível driblá-la. Porém, a ausência da possibilidade de negociação com ela, cobra ou a aceitação ou um pedaço de vida. “São os nossos mortos-vivos que não nos deixam em paz, ou melhor, somos nós que não os deixamos em paz” (MENDLOWICZ, 2000, p.94).

Adentrando na questão da perda materna, Alarcão et al. (2008) entendem que a perda de um filho representa para a mãe um fracasso em sua função materna de proteger, cuidar e garantir o bem-estar total de seu filho. Esse fracasso culmina numa sensação de ter sido roubada, de ter sido tomado seu papel de ser necessária para alguém.

O encontro entre o nascimento do filho e o renascimento do narcisismo primário dos pais propicia o aparecimento de uma sensação de onipotência. O ideal materno é dividido entre todos os filhos gerados pela mãe. Cada um carrega uma carga (inconsciente) de expectativas idealizadas. Com a morte de um filho, parte do ideal fica impossibilitado de ser realizado. “Cada filho representa algum aspecto idealizado de seus pais que outro filho não terá condições de suprir, seja por características, traços, habilidades que cada um apresenta ou investimentos e fantasias que foram feitos” (CORBELLINI, 2001, p. 151). Para a autora, quando a mãe perde seu filho, morre com ele o narcisismo materno que havia ali ressurgido. A morte do filho é, então, uma forma de sua própria morte. A perda do filho é um golpe intolerável ao sentimento de onipotência da mãe. São inúmeras e inúteis as informações e explicações científicas que são dadas para dar conta de justificar a morte do filho. A realidade não pode ser compreendida pela mãe. É quando ela parte em busca de outras interpretações, como as religiosas, para aceitar a perda. É muito comum, no entanto, que essas mães vivam angustiadas com temores de sofrer novas perdas.

Como a mulher ocupa o lugar de falo, apoiada na teoria lacaniana, Corbellini (2001) chama a atenção para a evidência da falta quando há perda do ente querido e para o retorno veemente da castração, que escancara para o sujeito aquilo que não tem e revela impotência. No caso das mães que perderam filhos, como isso remete à questão fálica, provoca reabertura da ferida narcísica.

A perda objetal que desencadeia o luto é o que faz com que o objeto perdido seja constatado enquanto objeto de desejo. Diante do luto, toda a energia passa a ser destinada ao objeto perdido e este passa a ser deveras desejado. O sujeito não quer saber de outro. Para algumas mães, a própria morte passa a representar uma possibilidade de reencontro com o filho morto, visando um retorno a uma completude imaginária que antecedia a morte do filho (CORBELLINI, 2001).

Corbellini (2001) relata o caso de uma mãe que perdeu um filho que sempre teve a sensação de que iria perdê-lo. Devido a tal sensação, essa mãe procurava passar com ele o maior período de tempo possível. A autora observou que este era o único filho homem desta mãe e que ocupava um lugar muito especial em sua vida. Ela constata aspectos erotizados na relação mãe-filho, visto que o filho cumpria para a mãe os papéis em que seu marido era falho.

Em sua pesquisa com mães que perderam filhos, Corbellini (2001) constatou que o mecanismo de negação da morte do filho, ao menos no momento em que a mãe recebe a notícia, refere-se a uma defesa fundamental para a manutenção do ego. Há casos em que essa defesa continua atuando por tempo prolongado e terá que ser esvaída pelo teste de realidade.

O luto é um processo social e falar sobre a perda parece auxiliar em sua resolução. O suporte social auxilia o enlutado a suportar a perda. Porém é sabido que “após a perda, a pessoa nunca mais será a mesma” (CORBELLINI, 2001, p.101). A autora questiona se há um término possível para o luto materno, se o desinvestimento libidinal narcísico é totalmente retirado desses filhos mortos. Percebe que o amor pelo filho, assim como a imagem dele, não morrem. Se esses aspectos, que representam o ideal projetado da mãe fossem mortos, isso representaria a própria morte da mãe. Tornar-se-ia impossível continuar vivendo. O que se observa é a continuidade do investimento fantasmático no filho por intermédio do discurso da mãe.

Para Corbellini (2001), o mecanismo de negação que permite a continuidade de investimento libidinal no filho não impede que a mãe se reestruture em seu viver. Apenas impossibilitam que ela revele o filho criado em seu imaginário.

Ainda que a mãe que perde o filho sofra perdas do próprio ego com essa morte, Corbellini (2001) não acha que o luto dessas mães seja patológico, visto que as mães que entrevistou conseguiram reestruturar seu viver.

Quanto a minha experiência clínica, as falas das mães que perderam filhos apresentadas neste trabalho carregam consigo o peso de uma perda devastadora, o que mostra que o trabalho clínico com essas mães remete a uma especificidade, principalmente quando se constata que o vínculo estabelecido entre mãe e filho é de ordem narcísica. A magnitude do sofrimento é soberana, pois é como se a mãe perdesse literalmente um pedaço de si.

O trabalho com estas mães mostrou que não há tempo que baste para a elaboração da perda. A dor é infundável. Parece não haver conclusão possível, pelo menos não nos termos freudianos (talvez seja possível nos termos de Allouch, que postula que o término do luto não implica em substituição objetal), tendo em vista que um filho não é objeto substituível. Percebe-se, inclusive, uma acentuada dificuldade das mães em aceitarem que seus filhos morreram. Diante desta situação, acabam por desenvolver mecanismos de defesa, como por exemplo, recorrer ao pensamento de que o filho está apenas viajando e incomunicável no local onde está hospedado.

Em relação à pergunta feita no início do trabalho – do que se trata o sofrimento de mães que não concluem o luto pela morte de seus filhos? – concluímos que a perda do filho abre um buraco, uma grande ferida narcísica que afunda as mães em severos quadros melancólicos, que acreditamos que possam ser neuróticos ou psicóticos.

Essa ‘não conclusão’, que remete à impossibilidade de desinvestimento libidinal do objeto perdido e sua substituição, sob o ponto de vista psicanalítico, não denota que essas mães não façam novos investimentos e que elas se encontrem melancólicas a todo o momento. A especificidade deste luto é que não há desinvestimento do objeto, o que explica as recaídas (como dizem as entrevistadas), ao mesmo tempo em que parece haver possibilidade de novos investimentos, mesmo que parciais, que propiciam que as mães continuem suas vidas e deem início a novos projetos. O tempo ajuda, o grupo ajuda, assim como a formação de alguns novos laços, o que mostra que elas encontram pontos de apoio para seguirem em frente, mas não abrem mão da ligação melancólica que parece se fazer presente como uma sombra em tudo o que fazem.

O papel da psicanálise refere-se, em princípio, a conceder um lugar de sofrimento para a mãe que perde o filho sem, contudo, deixar que ela recaia

completamente no lugar de vítima, para que possa fazer um “giro” da morte em direção à vida.

Para isso, parece ser necessário um manejo de muita paciência, mas também de cortes, pois a tendência das pacientes costuma ser de envolver o analista em sua trama melancólica e convencê-lo de que nada pode ser feito. Trata-se de um trabalho difícil, de longo prazo e que envolve a difícil escuta de falas constantes acerca da morte, da decomposição, da violência, etc.

Por fim, gostaria de fazer a ressalva de que não necessariamente todas as mães que perdem filhos padecem da forma como descrevi ou se utilizam dos mecanismos que citei como forma de reagir à dor da perda. O que descrevi neste trabalho foi o que pude elaborar com base em toda essa minha experiência da morte, do luto e da melancolia na maternidade. Contudo, muitas coisas de toda essa teoria aqui construída ficam em aberto no aguardo de nova desconstrução, para a continuidade da clínica e da psicanálise.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...]
 Ó, pedaço de mim
 Ó, metade arrancada de mim
 Leva o vulto teu
 Que a saudade é o revés de um parto
 A saudade é arrumar o quarto
 Do filho que já morreu
 Ó, pedaço de mim
 Ó, metade amputada de mim
 Leva o que há de ti
 Que a saudade dói latejada
 É assim como uma fisgada
 No membro que já perdi
 [...]

(Trecho de “Pedaço de mim” de Chico Buarque de Hollanda, 1978).

A mãe que perde o filho tem um pedaço de si arrancado. Um pedaço que ela mesma gerou, cuidou e, tragicamente, perdeu para a morte. Como poderia ela permanecer a mesma a partir do evento da perda de um filho?

A presente dissertação aponta que ela não pode. Quando a sombra do filho morto recai sobre a mãe, o que ela era até então, se modifica. A partir da ideia de sombra enquanto região escura formada pela ausência parcial de luz, podemos pensar que a sombra do filho ofusca essa mãe.

Quem é, então, essa mulher que passa a conter essa sombra? A experiência nos mostra que o quadro de uma mãe que perde um filho é de intensa dor e tristeza. Porém, há casos em que elas conseguem se reorganizar e continuar a vida e casos em que a vida perde totalmente o sentido e elas não conseguem se reerguer. O que observamos em comum entre todos os casos é certa dose de fixação no filho morto. Como o trabalho foi realizado com base na experiência de um grupo de apoio a enlutados, todas as pessoas o frequentam para testemunhar ou falar de seu ente querido perdido com frequência semanal. Isso demonstra que há um gozo nesse ato de testemunhar o luto: são contadas histórias do morto, seus

feitos em vida, sonhos com ele, a relação que estabeleciam com ele, a tristeza de tê-lo perdido, etc.

Enquanto para algumas mães esses relatos parecem ter função de simbolizar a perda, para outras parece um escoar de dor infindável, sem qualquer efeito estruturante.

É com base nessa observação que entendemos que o buraco que se instaura na mãe quando perde um filho está relacionado ao vínculo narcísico estabelecido entre mãe e filho e terá seus desdobramentos de acordo com a solidez estrutural da mãe. Acreditamos que esse buraco pode chegar a deflagrar uma psicose no enquadre melancólico, porém este não parece ser o caso da maioria das mães deste grupo.

Ficam em aberto muitas questões em torno da melancolia. Entendendo que dentro da lógica lacaniana apresentada ao longo do trabalho diagnosticamos a melancolia vinculada à psicose, quais seriam os critérios para esse diagnóstico? Parece que essa questão é bastante delicada além do que não é o objetivo deste trabalho realizar qualquer enquadre ou verificação diagnóstica. No entanto, consideramos a pertinência de tal discussão mesmo sem a pretensão de chegar a uma veracidade incontestável. Constatei assim, alguma dificuldade na questão diagnóstica em meus atendimentos clínicos desses casos. Um dos motivos se refere ao fato de que as mães chegam ao consultório muito tristes, vulneráveis e, por vezes, já muito medicadas.

Falar da morte do filho para o analista aparenta ser uma experiência muito diferente de falar, como testemunho, para o grupo, para os familiares, para os amigos da igreja ou mesmo para o psiquiatra. Acredito que seja porque na clínica psicanalítica não há oferta de ilusões e de promessas. Além do que, o analista não se propõe a consolar a paciente, diferentemente do que é feito nos demais espaços. Logo, dentro do consultório a mãe entra em contato com um caldo puro de sua dor.

Deixo aqui a necessidade e a proposta de pensarmos mais no manejo clínico com essas pacientes. Em termos de tratamento, o que é possível ser feito com essas mães, tendo em vista a dificuldade diagnóstica diante da vulnerabilidade estrutural intrínseca à perda de um filho? Em princípio, a clínica psicanalítica pode oferecer um espaço de fala e de escuta. O desafio está na direção do tratamento.

Minha experiência clínica com as mães que perderam filhos me faz realmente entrar em contato diário com a questão do “suposto saber”. Diante da dor

excruciante, algo inicialmente indizível para a paciente, todo e qualquer saber é colocado em cheque. Parece não haver muito espaço para questionamentos e interpretações, afinal, temos que estar atentos com o que estamos lidando.

Enquanto analista em diálogo com outras analistas, ouvi diversas afirmações acerca da importância de meu trabalho e do quão caro é para uma mulher escutar as histórias dessas mães que perderam filhos, principalmente quando ela própria tem seus filhos.

De fato, esses casos nos fazem entrar em contato com a nossa finitude e com a impotência do feminino e da maternidade. Porém, aqui estamos novamente falando de angústia de castração, só que agora da analista.

É por isso que considero fundamental para o meu trabalho clínico e travessia pela psicanálise o fato de ter desenvolvido esta pesquisa. Acredito que me permitiu um verdadeiro embate com os limites, como também com as possibilidades, da clínica, da vida e da morte.

Nasio (1997) afirma que diante de tamanha dor provocada pela morte de um filho, a palavra para a mãe tem a função de dar sentido. E, na transferência com o analista é possível construir um lugar para essa dor, onde finalmente poderá ser clamada, pranteada e, principalmente, gasta, com lágrimas e palavras. Com o tempo no consultório essas palavras vibram, ressoam e por fim se gastam.

Espero que o trabalho, da forma como foi construído, tenha permitido também aos leitores um envolvimento com este tema que é de todos, mas que encontra-se envolto por constantes resistências. O trabalho que tem por título “quem é essa mulher que canta sempre esse lamento?” - uma leitura psicanalítica do sofrimento da mãe diante da perda de um filho” se encerra aqui sem qualquer pretensão de esgotar o tema, pois a questão do que se perde com a morte do objeto amado demanda muita escuta, espaços para reflexões, debates, construções e desconstruções em prol do constante desafio que é trabalho do analista.

8. REFERÊNCIAS

ALARCÃO, A. C. J.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. **Rev. Latino-am Enfermagem (versão online)**. São Paulo, 16(3). Mai./jun., 2008.

ALBERTI, S. Os quadros nosológicos: depressão, melancolia e neurose obsessiva. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

ALLOUCH, J. **Erótica do luto no tempo da morte seca**. Tradução por Procopio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

ALMEIDA, C. P. Depressão: doença do discurso. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

CORBELLINI, S. **O luto de mães de mortes trágicas**. Porto Alegre: PUC-RS, 2001. 178 p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CREMASCO, M. V. F.; THIELEN, I. P. Luto e melancolia em Anti-Cristo: um olhar clínico sobre as confissões do realizador. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.** V.11, n.98, p. 32-49. Jan./jun., 2010.

CREMASCO, M. V. F. Angústia, desespero e morte: narciso e o espelho partido. In: WINOGRAD, M.; SOUZA, M. (Orgs.). **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico**. FAPERJ e Cia de Freud, 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009.

FREUD, S. Manuscrito B. In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud: vol. I**. Buenos Aires: Amorrortu, 1893/1985.

FREUD, S. Manuscrito E. In: _____. **Obras Completas de Sigmund Freud: vol. I**. Buenos Aires: Amorrortu, 1894/1985.

FREUD, S. Manuscrito G. In: _____. **Obras Completas de Sigmund Freud: vol. I.** Buenos Aires: Amorrortu, 1895/1985(a).

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. I.** Rio de Janeiro: Imago, 1895/1996(b).

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. I.** Rio de Janeiro: Imago, 1895/1996(c).

FREUD, S. Sonhos sobre a morte de pessoas queridas. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. IV.** Rio de Janeiro: Imago, 1900/1996.

FREUD, S. Tres ensayos de teoría sexual. In: _____. **Obras Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Buenos Aires: Amorrortu, 1905/1985.

FREUD, S. Contribuições para uma discussão acerca do Suicídio. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XI.** Rio de Janeiro: Imago, 1910/1996.

FREUD, S. Totem e Tabu. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIII.** Rio de Janeiro: Imago, 1913/1996.

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996.

FREUD, S. Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996(a).

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996(b).

FREUD, S. Alguns Tipos de Caráter Encontrados no Trabalho Psicanalítico. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 1916/1996 (a).

FREUD, S. Sobre a transitoriedade. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Rio de Janeiro: Imago, 1916/1996 (b).

FREUD, S. Duelo y melancolía. In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud: vol. XIV.** Buenos Aires: Amorrortu, 1917/1985 (a).

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXII. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XVI.** Rio de Janeiro: Imago, 1917/1996(b).

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXVI. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XVI.** Rio de Janeiro: Imago, 1917/1996(c).

FREUD, S. Além do Princípio do Prazer. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XVIII.** Rio de Janeiro: Imago, 1920/1996.

FREUD, S. Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XVIII.** Rio de Janeiro: Imago, 1921/1996.

FREUD, S. O ego e o id. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIX.** Rio de Janeiro: Imago, 1923/1996.

FREUD, S. Neurose e Psicose. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XIX.** Rio de Janeiro: Imago, 1924/1996.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XX.** Rio de Janeiro: Imago, 1926/1996.

FREUD, S. Dostoiévski e o Parricídio. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XXI.** Rio de Janeiro: Imago, 1928/1996.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XXI.** Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

FREUD, S. Sexualidade feminina. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XXI.** Rio de Janeiro: Imago, 1931/1996.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XXII.** Rio de Janeiro: Imago, 1933/1996a.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXXIII: Feminilidade. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XXII.** Rio de Janeiro: Imago, 1933/1996b.

FREUD, S. Análise Terminável e Interminável. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: vol. XXIII.** Rio de Janeiro: Imago, 1937/1996.

GOROG, F. Notas sobre alguns termos alemães utilizados em “Luto e melancolia”. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia.** Rio de Janeiro: Marca d’Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

GRIESINGER, W. Melancolia no sentido mais estrito. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia.** Rio de Janeiro: Marca d’Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que é o câncer?** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 26 fev. 2014.

IRELAND, V. E. A dor do luto e seu acolhimento psicanalítico. **Estudos de Psicanálise.** Belho Horizonte, n. 35, p. 151-166, jul., 2011.

JORGE, M. A. C. Luto e culpa na análise e na vida cotidiana. In: PERES, U. (Org.). **Culpa**. São Paulo: Editora Escuta, 2001.

KOVÁCS, M. J. Notícia: Wilma da Costa Torres (1934-2004): Pioneira da Tanatologia no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 20, n. 1, p. 95-96, jan/abr. 2004.

LAMBOTTE, M. **Estética da Melancolia**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

MENDLOWICZ, E. O luto e seus destinos. **Ágora**. V. III, n.2, pp. 87-96. Jul./dez., 2000.

MIGUELEZ, O. M. **Narcisismos**. São Paulo: Escuta, 2007.

NASIO, J. -D. **O livro da dor e do amor**. Tradução por Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

PERES, U. T. Dúvida melancólica, dívida melancólica, vida melancólica. In: PERES, U. T (Org.). **Melancolia**. São Paulo: Editora Escuta, 1996.

PERES, U. T. Por que a culpa? In: PERES, U. T. (Org.) **Culpa**. São Paulo: Escuta, 2001.

QUINET, A. Apresentação - A tristeza: mal-dizer o desejo. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

QUINET, A. Atualidade da depressão e a dor de existir. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

QUINET, A. A clínica do sujeito na depressão. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

RABINOVICH, D. Uma histeria desmelancolizada. In: BARROS, M. M. **Clínica lacanianiana, casos clínicos do campo freudiano – Irma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1994.

RANGEL, A. P. F. N. **Amor infinito**: histórias de pais que perderam seus filhos. São Paulo: Ed. Vetor, 2008.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução por Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira por Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1944/1998.

RUDGE, A. M. Notas sobre a culpa no luto. In: PERES, U. (Org.) **Culpa**. São Paulo: Editora Escuta, 2001.

SILVESTRE, D. A obrigação de ser feliz. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

SOLER, C. Um mais de melancolia. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

SOLER, C. Inocência paranoica e indignidade melancólica. In: QUINET, A. (Org.) **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora Ltda., 1999.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Sistemas de Bibliotecas. **Teses, dissertações, monografias e outros trabalhos acadêmicos.** Curitiba, Ed. UFPR, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Sistemas de Bibliotecas. **Citações e notas de rodapé.** Curitiba, Ed. UFPR, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Sistemas de Bibliotecas. **Referências.** Curitiba, Ed. UFPR, 2007.

ANEXO

Carta de aprovação emitida pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 28 de fevereiro de 2012.

Ilmo (a) Sr. (a)

Maria Virginia Filomena Cremasco
Susana de Oliveira Pimenta

Nesta

Prezadas Pesquisadoras,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “LUTO E TRAUMA: APONTAMENTOS CLÍNICOS” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 14 de dezembro de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 24 de fevereiro de 2012.

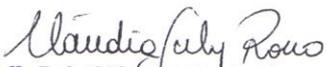
Registro **CEP/SD**: 1297.222.11.12

CAAE: 0202.0.091.000-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial e/ou de conclusão: 28/08/2012.

Atenciosamente


Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde