

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIA JOERGENSEN SCHLEMM

O SUICÍDIO E O LUTO MATERNO

CURITIBA

2016

JULIA JOERGENSEN SCHLEMM

## O SUICÍDIO E O LUTO MATERNO

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Psicologia Clínica, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Virginia Filomena Cremasco

CURITIBA

2016

Catálogo na Publicação  
Cristiane Rodrigues da Silva – CRB 9/1746  
Biblioteca de Ciências Humanas – UFPR

S341s

Schlemm, Julia Joergensen

O suicídio e o luto materno. / Julia Joergensen

Schlemm.– Curitiba, 2016.

115 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Virginia Filomena  
Cremasco.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de  
Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

1. Psicanálise - culpa. 2. Psicanálise – luto materno. I. Título.

CDD 155.937



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

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO  
PSICOLOGIA  


**JULIA JOERGENSEN SCHLEMM**

**"O SUICÍDIO E LUTO MATERNO".**

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. Dr. Júlio Sérgio Verztman**  
Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ  
Professor titular

**Prof.ª Dr.ª Débora Patricia Nemer Pinheiro**  
Universidade Positivo  
Professora titular

Curitiba, 04 de março de 2016

## **AGRADECIMENTOS**

Às mães que perderam seus filhos pelo suicídio.

Às mães que abriram seus corações para falar de seus sofrimentos neste trabalho.

Ao grupo "Amigos Solidários na Dor do Luto", que sempre me acolheu como pesquisadora.

À Zelinda de Bona, que, com todo seu amor, ajuda tantas pessoas em sofrimento e que apoiou meu trabalho de mestrado.

À Maria Virgínia Filomena Cremasco, que aceitou minha ideia e orientou minha dissertação.

A minha banca de dissertação, Débora Patricia Nemer Pinheiro e Julio Sergio Verztman, pelo tempo dedicado e pelas valiosas contribuições.

Aos meus pais, que me dão amor, carinho, suporte e ajudaram-me a chegar onde estou hoje.

Ao amor da minha vida, Leonardo Gattoni, pelas horas de dedicação, compreensão e ajuda ao meu trabalho, além de todo amor e carinho que me dá.

A minha amiga, Mariana Bassoi Duarte, minha companheira de dissertação, meu presente de mestrado, que me ouviu e ajudou, com todo seu amor.

Às amigas que me escutaram e deram-me apoio, em todos os momentos.

A minha família pelo seu amor.

À CAPES pelo incentivo financeiro que viabilizou a produção desta dissertação.

Sei que é inevitável e bom que os filhos deixem de ser crianças e abandonem a proteção do ninho. Eu mesmo sempre os empurrei para fora. Sei que é inevitável que eles voem em todas as direções como andorinhas adoidadas. Sei que é inevitável que eles construam seus próprios ninhos e eu fique como o ninho abandonado no alto da palmeira... Mas, o que eu queria, mesmo, era poder fazê-los de novo dormir no meu colo...

RUBEM ALVES

## RESUMO

O suicídio, um tabu na sociedade ocidental capitalista, pode ser considerado "a pior dor do mundo" para uma mãe que perde um filho desta forma. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), as mortes por suicídio anualmente são maiores que as mortes causadas por todos os conflitos mundiais combinados, com um aumento de sessenta por cento nos últimos cinquenta anos, deixando cada vez mais pessoas em sofrimento. O presente trabalho tem como objetivo compreender o sofrimento psíquico de mães que perderam seus filhos pelo suicídio. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura não sistemática das obras de Sigmund Freud e de autores pós freudianos. Paralelamente, a mestranda atendeu duas mães que perderam seus filhos pelo suicídio, na clínica psicanalítica. O método do caso clínico para a psicanálise baseou a análise dos atendimentos clínicos. Por fim, realizou-se uma análise dos resultados encontrados sob a compreensão da revisão de literatura. Esta análise possibilitou a percepção de que para uma das mães o suicídio de seu filho não foi sinônimo de "a pior dor do mundo", sendo possível sua elaboração em um trabalho de luto. No entanto, este processo não ocorreu sem muito sofrimento. Esta mãe ainda sofre com a culpa que sente assim como a outra mãe também. A culpa é o sentimento que as prende em sua dor, mas de modos diferentes. A culpa que a segunda mãe sente, por conta do trauma que a morte do filho lhe causou, não a permite simbolizar sua perda, despertando um reviver de um trauma narcísico infantil que a leva a uma melancolia. Portanto, observou-se que o suicídio de um filho pode possibilitar o trabalho do luto de uma mãe ou impedi-lo, dependendo de suas histórias de vida e de como lidam com suas culpas.

Palavras-chave: Suicídio. Culpa. Luto materno. Melancolia. Psicanálise.

## **ABSTRACT**

Suicide, a taboo in the occidental capitalist society, can be considered "the worst pain in the world" to a mother who lost a son this way. According to the World Health Organization (WHO, 2006), there are more deaths by suicide annually than deaths caused by all world's conflicts combined, with an sixty percent increase in the last fifty years, inflicting more and more suffering to people. The present paper intent to comprehend the psychic suffering of mothers whose sons committed suicide. To achieve this purpose it was done a non-systematic literature review of Sigmund Freud's works and post Freudian authors. At the same time, the master student analyzed two mothers who lost their sons by suicide in the psychoanalytic clinic. The clinical case method for psychoanalyses based the analysis of the clinical attendances. Lastly, an analysis of the results was done over the comprehension of the literature review. This analysis allowed the perception that for one of the mothers her son's suicide is not synonym of "the worst pain in the world", allowing her to elaborate it in a mourning work. However, this process hasn't occurred without much suffering. This mother still suffers with the guilt she feels as well as the other mother. Guilt is the feeling that attaches them in their pain, but in separate ways. The guilt the second mother feels, because of the trauma her son's death caused her, doesn't allow her to symbolize her lost, awakening a revival of a narcissistic child trauma that leads her to a melancholia. Therefore, it has been observed that a son's suicide can allow or prevent a mother's mourning work, depending on their life histories and how they handle their guilt.

Key-words: Suicide. Guilt. Maternal mourning. Melancholia. Psychoanalyses.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 MÉTODO</b> .....	14
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA .....	14
2.2 MÉTODO .....	16
<b>3 LUTO</b> .....	21
3.1 ANGÚSTIA .....	33
3.2 DEPRESSÃO .....	38
<b>4 MELANCOLIA</b> .....	42
4.1 TRAUMA .....	55
4.2 MELANCOLIZAÇÃO .....	62
<b>5 LUTO MATERNO E O SUICÍDIO</b> .....	70
5.1 RELAÇÃO MÃE E FILHO: UMA QUESTÃO DA FEMINILIDADE .....	70
5.2 O SUICÍDIO DE UM FILHO .....	75
<b>6 RESULTADOS</b> .....	83
6.1 CASO EDITE .....	83
6.2 CASO IVONE .....	93
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	102
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112

## 1 INTRODUÇÃO

"Não há maior dor no mundo do que a perda de um filho".  
- Integrantes do grupo "Amigos Solidários na Dor do Luto".

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), as mortes por suicídio anualmente são maiores que as mortes causadas por todos os conflitos mundiais combinados. A OMS estima que um milhão de pessoas tenha cometido suicídio no ano 2000, colocando-o entre as dez causas de morte mais frequentes no mundo. Este número teve um aumento de sessenta por cento nos últimos cinquenta anos. Além disso, a OMS (2006) acredita que neste mesmo ano dez a vinte milhões de pessoas tenham tentado se suicidar. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no ano de 2009 a taxa de suicídio era de 4,9 mortes para cada cem mil habitantes. Dessa forma, percebemos a dimensão do suicídio em todo o mundo, mostrando-se como questão de saúde pública para a Organização Mundial da Saúde e também para o Ministério da Saúde do Brasil.

Apesar de sua grande incidência, o suicídio, na sociedade ocidental capitalista, é visto como um tabu. É um tema que, apesar de não ter nenhuma proibição legislativa, não é bem visto e é pouco falado pela sociedade: o suicídio causa repúdio e não pode ser comentado. No entanto, não é somente o suicídio que é considerado um tabu, mas também a morte.

A morte é a única certeza que um ser humano tem em sua vida. Todavia, para melhor viver, é preciso muitas vezes deixar de lado este fato. Se não fizermos isso, muitas causas pelas quais lutamos, trabalhos em excesso que realizamos e objetivos de vida que nos impomos, podem perder seu sentido. Agimos e pensamos constantemente como os faraós do antigo Egito, que eram "enterrados" com os seus bens mais valiosos. Assim ocorria, pois acreditavam que sua vida não acabava naquele momento. Fazemos isso quase tão bem quanto eles, independentemente da crença e religião de cada sujeito. Procrastinar infinitamente tarefas, preocupar-se excessivamente com o futuro, acumular riquezas em demasia e não falar da morte são apenas alguns exemplos que demonstram como ignoramos o término das

nossas vidas. Isso ocorre por não conseguirmos imaginar e simbolizar nossa morte e defendemo-nos com esta forma de agir e pensar contra a idéia insuportável de um fim.

Freud, em 1915, percebe este fato, afirmando que não temos um registro inconsciente da nossa morte. A única forma de imaginarmos nossa morte no inconsciente ocorre quando nos tratamos como outro, um objeto, e não mais como um sujeito. Ou seja, esta é a representação possível no suicídio: o eu se trata como se fosse outro. Freud (1915) salienta também que pessoas que amamos constituem partes de nós mesmos, por isso nossa dificuldade em representar inconscientemente suas mortes. Contudo, afirma que a morte de entes queridos não fica totalmente sem representação inconsciente. A explicação é que conseguimos apenas representar aquilo que não faz parte de nós ou que odiamos. Como nossas relações com os que amamos se constituem na ambivalência entre amor e ódio, conseguimos representar suas mortes pelas partes que não amamos nesse outro, por tudo nele que, diferenciando-se de mim, torna-se um não-eu, ameaçando-me.

Ao sermos confrontados com a realidade da morte de alguém que amamos, é importante que falemos sobre a morte e suas consequências para quem fica. Exatamente por ser difícil a aceitação e a elaboração da morte de pessoas amadas é que precisamos de tempo e rituais para simbolizar esta morte. Não é à toa que todas as religiões e culturas apresentam e apresentaram, ao longo dos séculos, formas particulares de simbolização da morte. Hoje em dia, porém, com a rapidez que tudo precisa ocorrer e com o ideal capitalista de que tudo pode ser comprado, inclusive a felicidade, não há mais espaço para tristeza. As pessoas precisam produzir e produzir felizes. Para isso, necessitam se recuperar rápido de perdas profundas, ou melhor, não se trata nem mais de se recuperar, mas sim de não se deixar abater pelo sofrimento que a morte gera. Podemos perceber isso nos ritos de passagem cada vez menores e escassos no próprio Brasil. Antigamente, velávamos o morto por dias para, então, enterrá-lo. Após o enterro, as pessoas mais próximas continuavam externalizando sua dor como, por exemplo, usando roupas pretas por certo período, resguardando-se do convívio social, dando, dessa forma, um tempo e espaço pessoal e social para elaboração e a aceitação da morte. Hoje em dia, isso não acontece mais. Algumas horas após a morte, a pessoa já é enterrada, sem dar tempo para despedida e sofrimento.

Ouvimos depoimentos de pessoas enlutadas que contam que seus amigos e parentes próximos os aconselham a não chorar, afinal, em sua opinião, chorar não adianta. Também relatam que as pessoas próximas se distanciam deles, pois alegam que não sabem o que falar para acalantar sua dor. Nesses depoimentos, a percepção é de que quem sofre é posto de lado junto com seu sofrimento. E para onde vai todo o sofrimento de se perder alguém que se ama como um filho que se deu a vida? Como fica a dor de perder alguém tão próximo?

Estas pessoas em trabalho de luto ou guardam sua dor para si ou procuram formas e lugares aceitáveis para se expressarem. Um destes lugares é o grupo de apoio "Amigos Solidários na Dor do Luto" (ASDL)<sup>1</sup>, que ocorre semanalmente na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Este grupo voluntário é organizado por pessoas que sofrem da dor decorrente da morte de um ente querido e tem como coordenadora a senhora Zelinda De Bona, que, assim como os outros participantes, também sofre com a morte de alguém próximo. Com o intuito de melhor ajudar os participantes, a senhora Zelinda fez um convite à Professora Doutora Maria Virgínia Filomena Cremasco, professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPR, para participar do grupo como profissional da psicologia. Em agosto de 2010, a professora e seus alunos passaram a participar do grupo e deram início à pesquisa intitulada "Luto e Trauma: Apontamentos Clínicos", que acontece até a presente data. Deste modo, em maio de 2013, tive a possibilidade de iniciar minha participação neste grupo de luto e nesta pesquisa. Essa oportunidade me permite ouvir os integrantes do grupo e sua dor, por meio de uma escuta psicanalítica, e, com isso, estabelecer hipóteses e idéias que definem esta dissertação.

Como colocado anteriormente, todos que participam desse grupo tem algo em comum. Conforme a fala dos próprios integrantes, eles tiveram que pagar um preço muito alto para fazer parte e conhecerem-se. Uma característica do grupo é que a maioria dos participantes são mães que perderam seus filhos. Há a fala de que não há dor maior no mundo do que a perda de um filho para uma mãe, fala esta dita por todos os integrantes, inclusive os que não passaram pela dor da perda de um filho.

Adicionando a esta constatação comum, as mães apresentam discursos muito parecidos: elas negam a morte de seus filhos, idealizam-nos, identificam-se a

---

<sup>1</sup>Site do blog do grupo ASDL: <http://amigossolidariosnoluto.blogspot.com.br/2015/04/flavio-siqueira.html?sref=fb>.

eles, angustiam-se imensamente com suas mortes, além de apresentarem sentimentos de ambivalência e culpa muito grande. Sentimentos de onipotência também são bastante recorrentes, pois praticamente todas acreditam que poderiam ter feito algo para impedir a morte de seus filhos. Todavia, acrescentam que há um tipo de morte que é mais doloroso para uma mãe do que qualquer outro: o suicídio de um filho. Chamou-nos muita atenção esta diferenciação e começamos a nos perguntar por que um filho se suicidar é muito mais sofrido.

Escutamos as mães no grupo que perderam seus filhos pelo suicídio e percebemos uma dor profunda, fazendo com que não seja sempre possível falar sobre o ocorrido por conta, como no caso de uma das mães, do trauma que esta perda inesperada pode causar. Quando conseguem falar, há sempre em seus discursos uma incompreensão desta morte, buscando respostas para entender o que aconteceu no momento em que seus filhos resolveram tirar suas próprias vidas. Algumas destas mães tentam mudar os fatos e buscar alternativas para o desfecho da vida de seus tão amados filhos, transformando os fatos da realidade em acidentes. Uma das mães chega a hipotetizar se alguém estaria envolvido na morte de seu filho. Há uma tentativa de desculpabilização do suicídio. Afinal, muitas vezes, a imagem que uma mãe tem de um filho não permite que ela enxergue certas características e sentimentos dele, principalmente os que envolvem a forma como morreram. Aceitar que seus próprios filhos não quiseram mais suas vidas é algo tão insuportável que precisa ser modificado para que possam continuar a viver.

Uma das mães acha que foi um ato de desespero de não suportar mais a dor, mas não entende porque o filho não pediu sua ajuda. A outra acredita que seu filho era muito cobrado pela família. Questionam-se como agiram como mães para seus filhos terem este fim. E assim a culpa vai consumindo suas vidas, fazendo com que algumas delas acreditem que suas vidas perderam a cor e que para sempre terão um buraco em si, uma falta irreversível. A culpa está sempre presente em suas falas.

Há, em muitas delas, um sentimento de raiva de seus filhos terem deliberadamente deixado-as, desamparadas no mundo. Esta raiva é, muitas vezes, camuflada e difícil de ser encarada e admitida pelas mães. Uma mãe, em nossa sociedade, precisa ser sempre boa e generosa e, portanto, apresentar sentimentos hostis contra pessoas amadas como seus filhos é inadmissível. Aliás, sabemos por Sigmund Freud, principalmente através de seu artigo "Totem e tabu" de 1914, que esses sentimentos são inerentes a todos os seres humanos e que a culpa que

sentimos ao perdermos quem amamos os denunciaram. Assim também ocorre no grupo ASDL, no qual as mães, muitas vezes, apenas se autorizam a expor seus sentimentos positivos.

Freud (1917) nos mostra como a culpa pode estar presente tanto no luto quanto na melancolia. Para o autor, estes processos são formas possíveis diante de uma perda, mas diferem em sua essência. O luto é uma reação natural e necessária para a simbolização do objeto perdido. Dessa forma, a culpa do enlutado difere da do melancólico. O enlutado, segundo Freud (1917), empresta um cunho patológico da neurose obsessiva. Isso significa que o processo de culpa do enlutado é igual ao do obsessivo. É acusado, julgado como culpado, por seu superego por desejos hostis inconscientes provindos do id. Já a melancolia é, de acordo com este autor, uma reação patológica a uma perda, levando a uma não elaboração. Uma pessoa desperta uma melancolia, se sua relação com o objeto "perdido" envolver uma relação narcísica, assim como uma forte fixação no objeto amado e uma catexia objetal com pouco poder de resistência. A culpa do melancólico é, na realidade, uma acusação ao objeto perdido ambivalentemente amado, identificado narcisicamente ao seu ego.

Um filho, de acordo com Freud (1933/1914), apresenta uma representação tanto simbólica quanto narcísica para uma mãe<sup>2</sup>. Ademais, perder um filho pelo suicídio, para "a pior dor do mundo", representa um duplo golpe em seu narcisismo, pois coloca sua maternidade em xeque. Queremos, portanto, estudar mais a fundo a dor destas mães que sofrem pelo suicídio de um filho para compreendermos de que ordem se trata o sofrimento que estas mães relatam.

Para tanto, fazemos a seguinte pergunta de pesquisa que norteia o percurso desta dissertação de mestrado: "Qual o sofrimento psíquico de mães que perderam seus filhos pelo suicídio?". Consequentemente, o objetivo do trabalho é compreender o sofrimento de mães que perderam seus filhos pelo suicídio por meio de atendimentos clínicos auxiliados teoricamente pela revisão de literatura não sistemática de obras psicanalíticas. Partimos da hipótese que o sofrimento dessas mães remete a uma perda narcísica de ordem melancólica.

Este trabalho se justifica pela grande incidência de suicídios no mundo, comprovados pelos dados expostos anteriormente. Além disso, de acordo com

---

<sup>2</sup> Freud (1914) escreve que um filho representa o narcisismo renascido tanto de um pai quanto de uma mãe. Como nosso trabalho foca no sofrimento de mães, vamos nos referir apenas às mães.

Freitas et. al. (2013), apesar de haver uma prevalência da medicina e da psicologia nas publicações sobre o suicídio, o tema é abordado apenas de forma secundária e há poucas publicações que agreguem novos dados. Outra questão é a importância clínica deste trabalho, pois seus achados poderão auxiliar psicanalistas em sua escuta e compreensão da dor de seus pacientes. Também podemos citar a importância da psicanálise e das psicoterapias em geral, pois oferecem ao indivíduo um espaço e uma escuta para o sofrimento, não encontrados na sociedade. Como colocado anteriormente, mesmo em um grupo que oferece um lugar para a dor, pode não ser sempre possível expressar sentimentos hostis em relação ao morto. Por fim, há também o efeito terapêutico ampliado que pode auxiliar a Saúde Pública, por exemplo, a descobrir novas formas de se trabalhar com as perdas (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

A presente dissertação apresenta sete capítulos. No primeiro, introduzimos o trabalho, a pergunta de pesquisa, o objetivo, a hipótese e a justificativa que guiam esta dissertação. No segundo capítulo, falamos sobre o método utilizado para se alcançar o objetivo do trabalho. No capítulo três, como Freud (1917) escreve que uma perda pode levar a um luto ou a uma melancolia, iniciamos a revisão de literatura de trabalhos freudianos e pós freudianos sobre o conceito de luto e os processos que podem acompanhá-lo. Em seguida, por conta da aproximação entre a melancolia e o luto que Freud estabelece, revisamos sobre o conceito de melancolia nas obras de Sigmund Freud e autores pós freudianos como Karl Abraham, Nicolas Abraham, Maria Torok, Marie-Claude Lambotte, Urania Peres, entre outros. A última parte da revisão de literatura reservamos para escrever sobre o luto materno e o suicídio, também embasada em obras psicanalíticas de Freud e seus seguidores. A intenção deste capítulo é entendermos o que significa um filho para uma mãe e sua perda pelo suicídio. No capítulo seguinte, a partir da análise dos casos clínicos, apresentamos os resultados encontrados e discutimos a clínica, auxiliados pela teoria psicanalítica. O último capítulo, embasado em uma análise teórica-clínica, engloba as conclusões desta dissertação e, principalmente, a resposta à pergunta que norteia este trabalho.

## 2 MÉTODO

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA

Figueiredo e Minerbo (2006) explicam que há uma diferença entre pesquisa psicanalítica e pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico. Para a primeira não há necessidade de um psicanalista, isto é, não há necessidade de um profissional com uma escuta voltada ao inconsciente do paciente, algo fundamental para a segunda forma de pesquisa, que não segue a visão clássica de pesquisa científica. O método psicanalítico nada tem de um cientista sentado em seu laboratório, analisando seu objeto em condições ideais, separando variáveis. O método psicanalítico é mais uma interação entre duas pessoas, na qual entram em jogo questões transferências e contratransferências, ou seja, tanto analista quanto paciente são modificados nesta interação. O analista não é um pesquisador distante de seu objeto e separado de suas questões teóricas. O analista é *all in one*. Ele deixa seu inconsciente fluir junto com o de seu paciente. Assim, o método psicanalítico é capaz de sempre modificar e trazer novas idéias à própria psicanálise.

Conseqüentemente, os autores definem pesquisa com o método psicanalítico como: "[...] uma atividade em que se constituem e se transformam “objetos”, “pesquisadores” e “meios” ou “instrumentos” de investigação (conceitos, técnicas etc)." (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p.262).

Para Sigmund Freud (1912), a pesquisa em psicanálise coincide com o tratamento. É nesta direção que Berlinck (2000) escreve que a pesquisa em psicanálise começa na clínica. Ela deve ser uma extensão da clínica. No entanto, como ocorre dentro das universidades, precisa se adaptar a seus critérios. Então, um psicanalista que na clínica segue seu inconsciente, não precisa falar em termos técnicos nem se deter a explicações sobre o porquê de suas pontuações, porém, no âmbito acadêmico, precisa tomar esses cuidados. Ele precisa pensar qual caminho seguir, sua pergunta de pesquisa, seus objetivos, método e ainda se preocupar em demonstrar os resultados (BERLINCK, 2000). Como Mezan (1993) coloca, a universidade é local de invenção e pesquisa que tem, de acordo com Berlinck



(2000), seu *gap* com a clínica preenchido pelo projeto de pesquisa de tema específico.

Assim, para Berlinck (2000) um projeto de mestrado precisa ser ambicioso, mas precisa saber suas limitações e, para tanto, recortar seus achados, norteando-se pela pergunta de pesquisa e baseando suas hipóteses na teoria encontrada na revisão bibliográfica. Um mestrando ainda não tem percurso suficiente na academia e precisa do apoio de seu orientador. E é a esta difícil tarefa que nos propomos neste trabalho: falar sobre o sofrimento de mães que perderam o filho pelo suicídio, considerando tanto limitações internas - da própria mestranda - quanto externas - tempo restrito para a confecção da dissertação.

Aqui cabem algumas recomendações que Freud (1912) faz aos seus discípulos e médicos:

Os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta, e sempre se o enfrenta com liberdade, sem quaisquer pressuposições. (p. 128).

Anteriormente, neste mesmo artigo, Freud (1912) escreve que o psicanalista deve:

[...] conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à 'memória inconsciente'. Ou, para dizê-lo puramente em termos técnicos: 'Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está lembrando de alguma coisa'.(p. 126).

Dessa forma, para análise dos casos clínicos utilizamos a análise do caso clínico para psicanálise. Segundo Berlinck e Magtaz (2012), o caso clínico é o relato daquilo que surpreendeu o analista, que o pegou de alguma forma, de maneira enigmática. O caso clínico demonstra uma transformação metapsicológica e não apenas um estudo de caso. A construção do caso, de acordo com estes autores, não é a narrativa do caso, mas sim uma transformação de processos primários em processos secundários, que pode ser chamado de “o trabalho de interpretação do caso” (BERLINK; MAGTAZ, 2012, p.76). Por meio da transferência, a interpretação transforma uma vivência pessoal do analista na clínica em uma experiência social, ou seja, a interpretação serve para transformar sua vivência em escrita. Deste modo, para sua construção é preciso que a atenção flutuante esteja imperando e as críticas

e julgamentos estejam suspensos. Essa forma de interpretação permite o pensamento metapsicológico, que é amplo e leva em consideração as construções da clínica em geral e não apenas a dinâmica e a estrutura clínica do paciente.

Além disso, Moura e Nikos (2000) complementam que para a construção do caso clínico há a necessidade de supervisão. Para estes mesmos autores, pesquisa em psicanálise significa aumentar o leque de sentidos para os dados que são apresentados ao psicanalista.

A pesquisa em psicanálise é subjetiva, pois envolve a interpretação, o caso clínico, a entrevista e o fragmento de realidade, sempre analisados por intermédio de uma pessoa que tem suas concepções e histórias de vida, que influenciam a compreensão que se terá do caso. Analisamos isso até mesmo nos casos de Freud, o pai da psicanálise, tendo no caso Dora um bom exemplo. Anos após seu término, Freud continua se questionando e modificando sua interpretação deste caso. Por que isso não aconteceria nos casos que são apresentados neste trabalho? Assim, ficamos alertas para não cometermos o erro de acreditar que existe uma verdade única e imutável.

## 2.2 MÉTODO

O trabalho de mestrado aqui exposto faz parte de um dos "braços" da pesquisa guarda-chuva do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (LPF) "Luto e Trauma: Apontamentos Clínicos" que ocorre desde 2011 na Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob a coordenação da Professora Doutora Maria Virgínia Filomena Cremasco. Esta pesquisa foi devidamente aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob registro CEP/SD: 1297.222.11.12. Esta dissertação tem quatro etapas as quais serão analisadas a seguir:

### ETAPA 1 - **Revisão bibliográfica**

A revisão bibliográfica que apóia o trabalho teoricamente é embasada em obras de Sigmund Freud e de autores pós freudianos tanto em formato de artigos quanto de livros impressos ou digitalizados. Realizamos uma revisão não sistemática das obras. Para tanto, seguimos a idéia que Mezan (1993) traz em seu

texto "Que significa 'pesquisa' em psicanálise?" sobre o método de Laplanche para leitura em psicanálise. Este método mostra a possibilidade de se ler os textos da mesma forma que se faz a clínica analítica, ou seja, aponta para a utilização do método psicanalítico, tendo como objeto de estudo os textos e não a clínica propriamente dita. Isso significa fazer uma leitura com atenção flutuante, dando o mesmo valor para tudo que se lê, sem priorizar conteúdos. É dar voz ao inconsciente e deixá-lo fluir. Nós, pesquisadores, não devemos deixar passar "batido" o enigmático que nos fisgou, aquilo que continuou se repetindo em nossas cabeças após a leitura. Devemos, ao ler o texto, deixar-nos levar por novas e diferentes significações possíveis de compreensão.

Nos primeiros dois capítulos da revisão de literatura - capítulo 3: Luto; capítulo 4: Melancolia -, seguimos os textos de Sigmund Freud pelas palavras-chave luto e melancolia. Nestes capítulos, aprofundamos a metapsicologia de ambas as reações à perda e os sofrimentos e processos que podem se adicionar a estas reações. Já para a revisão de literatura do quinto capítulo, buscamos textos do mesmo autor que falem da relação mãe e filho, complexo de Édipo na menina e suicídio. Nos textos disponíveis em formato digital, o trabalho foi facilitado pela ferramenta de "busca" que nos ajudou a encontrar textos que falassem destes temas. Eles foram todos lidos, fichados e guardados mentalmente, tentando fazer uma correlação entre os conceitos e suas mudanças ao longo da obra freudiana. Posteriormente, foram resumidos, mantendo a mesma linha de raciocínio feita na hora da leitura. Nestes dois momentos, o da leitura e o da escrita, ficamos abertas às questões que nos atraíssem para relações entre a teoria e a clínica. Assim, entendemos que o enigmático é aquilo que nos chama a atenção, que nos traz dúvida e inquietamento, a partir da ligação entre teoria e clínica.

A leitura e escrita das obras de autores pós freudianos realizamos da mesma forma, mas com o intuito de acrescentar ideias e responder questões às concepções de Freud analisadas neste trabalho.

## **ETAPA 2 - Coleta de dados**

### **Sujeitos:**

Mães maiores de dezoito anos que perderam seu filho pelo suicídio e que estavam em sofrimento por esta morte. A participação na pesquisa foi voluntária e só possível para mães que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE). Estas mães participavam do grupo de apoio a enlutados "Amigos Solidários na Dor do Luto" (ASDL). Este grupo é um grupo voluntário, no qual participam pessoas que estão em sofrimento pela perda de um ente querido. Os encontros ocorrem semanalmente nas dependências da UFPR, mas o grupo não tem nenhuma ligação formal com esta universidade. As pessoas que organizam o grupo também sofrem da dor da perda de pessoas amadas e não dão nenhum direcionamento religioso ou psicológico ao grupo. A intenção e objetivo do grupo são oferecer apoio e também um lugar de escuta para pessoas enlutadas. Os participantes tomaram conhecimento do grupo através de blogs, anúncios de jornais e entrevistas.

No total, duas mães concordaram em serem entrevistadas. As duas quiseram continuar e dar início a um atendimento clínico. Uma mãe iniciou em abril de 2014 e a outra em agosto de 2014.

#### **Procedimentos durante a coleta de dados:**

Por participar do grupo de apoio ASDL, tomei<sup>3</sup> conhecimento que algumas mães participantes do grupo perderam um filho pelo suicídio. Relatei a elas sobre minha pesquisa e convidei-as para uma entrevista inicial. Nas entrevistas, expliquei às mães sobre os objetivos da pesquisa, seu sigilo e o fato de ser uma pesquisa voluntária. As mães também assinaram o TCLE. Para estas foi feita apenas uma questão semi-aberta: "Como é a perda de seu filho pelo suicídio?". No final da entrevista, perguntei às mães se gostariam de continuar, em um segundo momento, mas em forma de atendimento psicológico. As mães foram atendidas no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UFPR.

Os atendimentos foram realizados de acordo com a teoria psicanalítica e seu método. Dessa forma, após as entrevistas e os atendimentos, realizei as transcrições, sempre me atendo à atenção flutuante, tirando meus pressupostos para que o enigmático do caso pudesse aparecer, como nos explica Freud (1912). Assim, é feita a interpretação do caso, conforme as idéias que Berlinck e Magtaz (2012) trazem em seu texto "O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental". As questões de sigilo também foram/são levadas em

---

<sup>3</sup> Neste momento, é escrito em primeira pessoa do singular, pois os casos são atendidos apenas pela mestranda.

consideração, ocultando o nome das participantes ou dados que possam sugerir sua identificação.

Em supervisão, os casos foram analisados, sempre com cuidado para que os dados das participantes fossem mantidos sigilosos. Como Moura e Nikos (2000) colocam, a supervisão é um espaço necessário que permite que uma alteridade seja estabelecida em relação ao pesquisador. Com a ajuda da supervisão, da atenção flutuante, da sua escrita e da interpretação foi possível escrever o caso clínico em psicanálise.

### **ETAPA 3- Análise dos dados**

#### **Análise dos atendimentos psicológicos:**

Os atendimentos psicológicos foram realizados pelo viés da psicanálise. Dessa forma, seguimos as indicações de Freud (1912) e do método psicanalítico para os atendimentos. O inconsciente é nosso objeto de estudo e para isso a atenção consciente é deixada de lado e a atenção flutuante entra em cena. Isso é muito importante, pois, após os atendimentos, como exposto anteriormente, foram realizadas as transcrições que seguem os mesmos critérios do próprio atendimento: escutar tudo da mesma forma com a atenção flutuante e deixar fluir o inconsciente. Como escrevem Berlinck e Magtaz (2012), a escrita da escuta flutuante pode ser chamada de interpretação do caso, mas não no sentido de explicar o caso ou simplesmente descrevê-lo. A interpretação do caso é o que permite que uma vivência clínica se transforme em uma experiência cultural.

Além disso, os casos foram levados para supervisão, algo essencial para a construção do caso clínico. Assim, a transcrição e a análise dos atendimentos mais a supervisão com a professora orientadora desta pesquisa, permitiram criar a metapsicologia da história do sujeito. Como Moura e Nikos (2001) apontam, o que o pesquisador escreve serve para o terreno da metapsicologia e, com isso, contribui com pesquisas futuras. Berlinck e Magtaz (2012) acrescentam:

O caso aponta para uma transformação metapsicológica, para o levantamento de um tema suscitado por ele. A metapsicologia não se reduz, de maneira alguma, a uma compreensão da dinâmica do paciente nem de sua estrutura clínica. Ela precisa ser ampla, como Freud o fez ao criar noções pertinentes à clínica como um todo. (p.78).

É assim que Mezan (1993) escreve que é a teoria que possibilita relacionar a singularidade do caso com a universalidade dos conceitos que, na psicanálise, chega-se através dos mecanismos psíquicos dos pacientes.

#### **ETAPA 4 - Resultados**

A revisão de literatura auxiliou na análise dos casos clínicos. A partir deste entrelaçamento, buscou-se responder ao problema de pesquisa bem como validar ou não a hipótese deste trabalho para, então, descrever as contribuições para a comunidade geral e acadêmica.

### 3 LUTO

A única certeza que temos da vida é da morte. A finitude e a transitoriedade estão constantemente presentes nas perdas cotidianas. Não é à toa que Freud discorre sobre a morte e nossas reações perante ela como o luto. A concepção de que o luto é uma reação não patológica e necessária à perda de pessoas ou ideais amados é a mesma em toda sua obra. No entanto, algumas peculiaridades se modificam ao longo de seu trabalho. Faremos, então, uma revisão da obra de Freud e de autores pós freudianos para explicar mais profundamente a concepção da psicanálise freudiana sobre o luto.

Freud, em toda sua obra, ao explicar o luto, relaciona-o com outras "aberrações patológicas" (1894, p.267). Podemos analisar este fato já em 1895 em seu "Rascunho G: melancolia", a primeira vez que o termo luto aparece em sua obra. Neste texto, o luto seria o afeto correspondente à melancolia. Segundo o autor, o luto é "o desejo de recuperar algo que foi perdido" (FREUD, 1895, p.247); já a melancolia, o luto pela libido perdida. Enquanto um se relaciona com a perda de objeto, a outra envolve também a perda libidinal. Aqui, percebemos como, desde os primórdios da obra de Freud, estas duas concepções teóricas estão interligadas.

Já em seu "Rascunho K: as neuroses de defesa" (1896), o luto, novamente, aparece como afeto, mas, neste momento, relacionado à amênia alucinatória aguda. Neste texto, o luto levaria a alguma resolução de conflitos egóicos em contradição à histeria, paranóia, neurose obsessiva e amênia alucinatória aguda. O luto seria um afeto psíquico normal desta última, considerada uma aberração patológica gradativa do luto. Contudo, o luto tem duas causas a menos que estas afecções: não é de natureza sexual e não ocorre necessariamente antes da maturação sexual. Isso significa dizer que o luto, diferentemente destas afecções, não tem sua origem no recalçamento de experiências sexuais traumáticas e prematuras. Assim, por serem de natureza distinta, o luto pode se sobrepor a estas afecções como no caso de Elisabeth von R., um caso de histeria atendido por Freud (1893-1895).

Neste momento, vale à pena darmos um pequeno exemplo clínico de uma paciente em sofrimento pela perda de um filho pelo suicídio. Com a morte do filho, começa a se lembrar de como era e é difícil sua relação com sua mãe que sempre a impediu de realizar seus sonhos, além de brigar constantemente com sua filha. Sempre que fala de sua mãe, tenta trazer aspectos de sua maternagem, estabelecendo diferenças entre si e sua mãe. Mostra como foi e ainda é uma mãe diferente para seu filho e sua filha. Todavia, aparecem falas que apontam para uma vontade de estabelecer para seus filhos as mesmas restrições que sua mãe lhe impunha.

O luto volta a aparecer no "Racunho N: impulsos" e, novamente, Freud (1894) escreve que uma característica do luto, que pode ser chamada de melancolia, é o acusar-se da morte de pessoas amadas, independentemente da causa da morte. Interessante notar que, neste momento, Freud identifica a melancolia com a culpa que se sente pela morte de entes queridos e associa-a ao desejo ambivalente sempre presente nas relações de amor. Ou seja, a culpa estaria associada ao desejo, muitas vezes inconsciente, da morte do amado. Posteriormente, em "Luto e melancolia", Freud (1917) muda esta idéia. Agora a culpa é um dos fenômenos psíquicos que acometem tanto pessoas enlutadas quanto melancólicas. A culpa é um dos sentimentos que mais persegue as mães que perdem seus filhos pelo suicídio.

Para a psicanálise, só sente culpa quem cometeu um crime, mesmo que seja inconsciente. Freud, em "Totem e tabu" (1914), explica a culpa através da vida dos homens primitivos. Denominando a organização vigente de horda primeva, Freud (1914) explica que um pai extremamente violento a liderava. Seus filhos machos o temiam e invejavam-no, submetendo-se, por isso, as suas leis. Assim, este pai era o único que tinha acesso a todas as mulheres do bando, obrigando seus filhos a abrirem mão destas e expulsando-os, quando adultos. Um dia, estes filhos expulsos retornaram, mataram e devoraram este pai. Ao devorarem o pai, identificaram-se com este e acreditaram que com sua morte poderiam ter acesso a tudo que seu pai tinha, a todos os excessos, poder e mulheres. Com a morte do pai, porém, começaram a se sentir culpados pelo ato cometido e o pai que já era forte, morto, devorado e introjetado, ficou ainda mais forte, permanecendo vivo dentro de cada um e também, conseqüentemente, no laço social que se formou entre os descendentes, a partir desta introjeção. Com o tempo, o pai foi substituído



simbolicamente pelo totem e a lei que não se podia matá-lo foi instaurada. Além disso, para evitarem que o lugar do pai fosse novamente preenchido e que ocorresse um novo parricídio, tiveram que abrir mão de seus desejos sexuais que sentiam pelas mulheres de seu pai. Podemos entender esse momento após o assassinato como o processo de luto que os neuróticos sofrem na passagem edípica, ao terem que abrir mão dos desejos parentais.

Freud (1914) coloca que, ao analisar neuróticos, percebe que estes também sofrem de culpa. Aponta que este sentimento de culpa foi passado a nós, de geração em geração, e permanece até hoje em nosso psiquismo<sup>4</sup>. Percebemos isto nos preceitos morais formulados pela sociedade ou até mesmo nas religiões cristãs. Ademais, explica que, na vida psíquica dos neuróticos, há outra fonte de culpa que provém da ontogênese de cada indivíduo. O que surpreende nos neuróticos é que estes não cometeram nenhum crime na vida 'real', cometeram um crime apenas em seu psiquismo. Desejaram e imaginaram consciente ou inconscientemente a morte de alguém próximo e isto lhes foi suficiente para desencadear o sentimento de culpa. Supervalorizando seus atos mentais e acreditando que o simples pensar poderia ser a concretização de seus desejos no mundo exterior, o neurótico sofre por suas fantasias.

Em "Sobre o narcisismo: uma introdução", Freud (1914) fala em ideal de eu<sup>5</sup>, um agente crítico que mede o ego de acordo com um ideal internalizado. Gellis e Hamud (2011) explicam que, para Freud, a culpa decorre de um sentimento de não adequação a este ideal. Assim, entendemos que sentimentos ambivalentes, de amor e ódio, inerentes às relações humanas que fazem desejarmos a morte de pessoas que amamos, são julgados por este agente crítico pelo fato de não corresponderem a um ideal a ser atingido.

Freud (1923) amplia o conceito de ideal de eu em "O ego e o id" e também o sentimento de culpa ontogenético. Neste trabalho, pela primeira vez, aparecem as instâncias psíquicas id, ego e superego. Resumidamente, o id é fonte de libido e instintos, no qual rege o princípio do prazer<sup>6</sup>; já no ego, reina o princípio da realidade, sendo este uma modificação do id através do contato com o mundo

---

<sup>4</sup> Ainda em "Totem e tabu", Freud (1914) aponta para o fato de que os indivíduos em sua tenra infância cometeram sim alguns atos de crueldade. Esta fase, contudo, foi substituída por uma na qual prevalece a moral, tendo, com isso, suas ações inibidas.

<sup>5</sup> Eu e ego, superego e superego serão tratados como sinônimos nesta dissertação.

<sup>6</sup> Em 1924, Freud identifica este princípio com o princípio de *Nirvana*.

externo. Todavia, para o presente trabalho vamos nos deter mais à instância do superego que deriva do conceito de ideal de eu. O superego é uma formação 'feita' pelo ego de partes do id. É o herdeiro do complexo de Édipo, ou seja, entra com a tarefa de reprimir desejos de se cometer incesto e morte - ocorre uma dessexualização. O superego surge a partir do ego como um censor que internalizou as exigências externas, isto é, a severidade e inclinação à punição dos objetos externos com os quais se identificou. Freud (1923) adverte que quanto mais rápido e fácil o ego sucumbe à formação do superego, mais rígido e cruel este último será com o ego. O superego, ao mesmo tempo em que demanda "seja como seu pai", demanda o contrário: "você não pode ser como seu pai". Esta instância representa tanto o id quanto o mundo externo, servindo de modelo para o ego que tem como intuito agradar seus três senhores - id, superego e mundo externo.

Filogeneticamente falando, o superego originou-se das experiências supracitadas do assassinato do pai primevo pela horda e de seu devoramento, tendo como consequência uma identificação com este pai. Além disso, Freud (1923) coloca que o superego também é fruto de uma identificação primária do ego com o pai, anterior à identificação parental, que data da pré-história do sujeito. Assim, esta identificação primária é direta e anterior a qualquer catexia de objeto, servindo como base para as primeiras escolhas de objeto ligadas normalmente ao pai e à mãe. Essas escolhas, por sua vez, determinam a identificação parental, também presente na formação superegóica, reforçando a identificação primária.

Freud (1923) explica que o superego é a introjeção da lei em nosso ego. Esta é a instância que nos julga, critica e que faz nosso ego ter sentimentos de culpa<sup>7</sup>. O motivo desta culpa é uma tensão entre superego e ego, em que o segundo teme perder o amor do primeiro. Dessa forma, tenta "agradar" e seguir os preceitos superegóicos, mas, quando não consegue, sente a reprovação do superego na forma de culpa. Gellis e Hamud (2011) colocam a questão da culpa na obra de Freud da seguinte maneira:

Freud constatou, pois, o percurso das exigências às quais o sujeito, em toda a história, se submete: primeiramente é obrigado a inibir seus impulsos pela soberania do pai primevo, posteriormente, se submete à lei paterna no

---

<sup>7</sup> Em "O mal-estar na civilização", Freud (1930) aponta que anterior à formação do superego o indivíduo já sente culpa, mas, nesse momento primeiro, a culpa estaria relacionada à tensão entre ego e autoridade exterior ao indivíduo. Para o sujeito, neste momento, sentir culpa, ele teria que ter colocado em ato seus desejos.

complexo de Édipo, até se restringir pela internalização da moral na instância do superego, reprimir seus impulsos pelas normas religiosas e, finalmente, se enquadrar aos padrões sociais, sempre em razão da culpa intrínseca, à qual não é capaz de escapar. (p.643)

Esta instância crítica ser tão severa para o ego decorre do fato de ser fruto de uma identificação. Quando se dá uma identificação, ocorre uma desfunção instintual que separa o instinto de morte do de vida. Deste modo, a agressividade ligada ao instinto de morte fica livre à disposição do superego. Em "O mal-estar na civilização" (1930), é explicado que a agressividade que o homem primitivo externalizava no mundo era, por meio das exigências feitas pela civilização de amor pelo seu próximo, internalizada novamente no psiquismo do homem. Melhor dizendo, esta agressividade é assumida pelo superego.

Neste momento, é importante um intervalo para escrevermos um pouco sobre o instinto de morte em Freud e sua ligação com o sadismo e o masoquismo. Freud, em 1920, desenvolve seu conceito de instinto de morte para dar conta de diversos fenômenos tanto do âmbito social, como a primeira Grande Guerra que matou milhares de homens, quanto do âmbito clínico com a manifestação da agressividade. Em sua prática clínica, começa a se dar conta, cada vez mais, da resistência de pacientes a uma melhora e das repetições desprazerosas que estes realizam – repetições estas dos mais arcaicos acontecimentos infantis. Cria, então, o conceito especulativo de instinto de morte, que tem suas bases no campo biológico. O instinto de morte seria o que leva toda a vida ao inanimado, ao inorgânico, seria o instinto que tem como princípio o *Nirvana*. A agressividade é uma das formas que este instinto encontra para se satisfazer, lembrando que Freud, em 1915, deixa claro que o instinto sempre se satisfaz, não importa como. Entende que há um princípio além do princípio de prazer. Segundo Rudge (2006), o instinto de morte é percebido por sua repetição constante “não temperada pelo princípio de prazer” (p.86).

Rudge (2006) repara a importância da vinculação do conceito de instinto de morte com o de superego. Os fatos que justamente levam Freud a postular o instinto de morte (reação terapêutica negativa<sup>8</sup>, repetição do desprazer) são postos, posteriormente, como reações à resistência do superego. Freud escreve, em 1926, em seu texto “Inibições, sintomas e ansiedade”, que esta resistência ocorre por um sentimento de culpa, um sentimento moral de culpa, para sermos mais específicos,

---

<sup>8</sup> A reação terapêutica negativa será explicada nas linhas que se seguem.

que se satisfaz na punição, ou seja, no sofrimento que esta culpa gera. No entanto, esta culpa se exprime através da doença e o paciente não se sente culpado, sente-se apenas doente. Dessa forma, o paciente encontra satisfação em sua doença e, por isso, a tão grande resistência em melhorar. Essa punição, ou melhor, esta autopunição - pois provêm de dentro do psiquismo, provêm de seu superego -, é explicada de forma mais profunda com o conceito de masoquismo que, embora presente desde os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” escritos em 1905 e sendo uma das vicissitudes do instinto desde 1915, como nos lembra Rudge, apenas em 1924, ganha seu estatuto próprio.

Freud (1924) distingue três formas de masoquismo: um erógeno, um feminino e um moral. O primeiro masoquismo citado encontra-se na base dos outros dois e refere-se ao prazer no sofrimento. Freud nos mostra como já em 1905 escreve que, se o desprazer excede certo limite, passa a ser sentido como prazer. Aí, já encontramos o prazer ligado ao desprazer. Além disso, se lembrarmos do dualismo instintual, entenderemos que o instinto integrador tem como ‘tarefa’ acabar com o objetivo do instinto de morte de destruir para levar o organismo ao inanimado. A forma como encontra de desviar este instinto é ligando-se a ele e desviando-o para fora, transformando-o em sadismo, por exemplo. Uma parte do instinto de morte, porém, continua voltada para o interior. Uma parte se liga à sexualidade, tornando-se, conseqüentemente, componente da libido; a outra parte toma como objeto o próprio ego e satisfaz-se de forma masoquista. Esta seria a base do desenvolvimento do masoquismo erógeno.

A segunda forma de masoquismo, também ligada à sexualidade<sup>9</sup>, é chamada por Freud de feminino, pois coloca a pessoa em uma posição feminina, passiva, de querer ser castrado, por exemplo. O sujeito que apresenta esta forma de satisfação deseja ser tratado como uma criança desamparada e travessa que merece ser castigado por seus crimes, que precisa ser castigado pela culpa que sente por estes crimes. Aqui, encontramos, novamente, o prazer no sofrimento, o masoquismo erógeno.

A terceira forma de masoquismo é expressa pelo sentimento de culpa que pode ser inconsciente. No masoquismo moral, a punição não precisa mais emanar da pessoa amada. O que importa é ser punido. Freud (1924) explica que o

---

<sup>9</sup> Freud (1924) nos lembra que as pulsões funcionam conjuntamente, fundidas.

masoquismo moral funciona em dupla: o superego sádico que quer punir e o ego masoquista que quer punição. Neste momento, vale colocarmos um exemplo do texto "Dostoiévski e o parricídio" de Freud (1928):

Seus sintomas [de Dostoiévski] precoces de crises semelhantes à morte podem ser assim compreendidos como uma identificação paterna por parte de seu ego, a qual é permitida pelo superego como punição. 'Você queria matar seu pai, a fim de ser você mesmo o pai. Agora, você é seu pai, mas um pai morto' - o mecanismo regular dos sintomas histéricos. E, além disso: 'Agora, seu pai está matando você'. Para o ego, o sintoma da morte constitui uma satisfação, em fantasia, do desejo masculino e, ao mesmo tempo, uma satisfação masoquista; para o superego, trata-se de uma satisfação punitiva, isto é, uma satisfação sádica. (FREUD, 1928, p.190-191).

Como colocamos anteriormente, o superego é a internalização de instâncias externas punitivas e sádicas. Assim, esse sadismo já existente somado ao instinto de morte livre ao dispor do superego, por conta da defusão instintual, é usado para maltratar o ego que, por um desejo de punição, coloca-se à disposição de toda essa agressividade, à disposição de seu superego<sup>10</sup>. O ego se satisfaz desses maus-tratos, dessa autodestruição. Freud (1924) escreve que este desejo de punição pode também ser denominado de sentimento inconsciente de culpa<sup>11</sup>.

A culpa com sua cruel ferocidade é um sentimento que invade a vida de pessoas enlutadas, sentimento emprestado da neurose obsessiva (FREUD, 1917). A culpa do neurótico obsessivo decorre de uma retenção do objeto e não de uma incorporação<sup>12</sup> no ego. Mediante uma regressão às fases pré-genitais, acontece uma tentativa de destruição do objeto devido à transformação do sentimento de amor pelo objeto em ódio. A questão é que o superego critica erroneamente o ego como sendo o portador do ódio ao invés de criticar o real malfeitor, o id. Conseqüentemente, o ego sente-se culpado por um delito cometido pelo id (FREUD, 1923). Portanto, Freud (1930) coloca que, como o superego é uma instância internalizada que vigia o ego incessante e constantemente, não basta o ego renunciar à satisfação instintual.

<sup>10</sup> No lugar do superego, que exerce a punição, podem entrar substitutos como professores, chefes e até mesmo o destino.

<sup>11</sup> Freud (1924) deixa claro que este termo 'sentimento inconsciente de culpa' é incorreto. Em "O ego e o id", Freud (1923) explica que o que é inconsciente é apenas o conteúdo da culpa.

<sup>12</sup> Freud e Abraham não fazem uma distinção entre incorporação e introjeção. Com Ferenczi uma definição de introjeção é feita, mas apenas com Abraham e Torok é possível articular as diferenças entre incorporação e introjeção. No capítulo sobre melancolia faremos esta diferenciação.

Em "A interpretação dos sonhos", Freud (1900) nos revela que o verdadeiro objetivo de um sonho é realizar desejos inconscientes, portanto, podemos, a partir de suas análises, explicar muitas questões sobre a culpa, por exemplo. "A interpretação dos sonhos" com este achado revolucionou toda a teoria psicanalítica, assim como a visão que os médicos tinham dela. Neste célebre texto, o autor fala em uma das partes sobre "Sonhos sobre a morte de pessoas queridas". A ênfase do texto recai sobre crianças que sonham com a morte de seus irmãos e de seus pais. Dá esta ênfase, pois explica que os sonhos de morte de pessoas queridas não precisam estar ligados a desejos atuais, mas podem ser desejos abandonados que retornam. Freud (1900) nos deixa claro que para o inconsciente não há passado, presente ou futuro. No inconsciente não há atuação temporal.

Neste texto, aparece a seguinte pergunta:

Mas, se os desejos de morte de uma criança contra seus irmãos e irmãs são explicados pelo egoísmo infantil que a faz considerá-los seus rivais, como iremos explicar seus desejos de morte contra seus pais, que a cercam de amor e suprem suas necessidades, e cuja preservação esse mesmo egoísmo deveria levá-la a desejar? (p.282).

O autor responde esta pergunta apontando para questões edípicas que serão melhor analisadas no capítulo quatro desta dissertação. As meninas, em algum momento, desejam a morte de suas mães por quererem despojá-las de seu lugar para terem seus pais para si, assim como os meninos que, por desejarem suas mães, vêem seus pais como rivais.

No entanto, como explicar sonhos com filhos mortos das mães analisadas neste trabalho? Alguns sonhos são angustiantes, o que revela a retirada de resistências, como nos diz Freud (1900), mas, mesmo assim, uma das mães pede a Deus para sonhar com seu filho. Este desejo parece um pedido para ter um momento com seu filho e negar sua morte. Contudo, nestes sonhos, às vezes, os filhos aparecem mortos ou vivos o que é bastante confuso, exatamente o que Freud (1900) sente sobre um de seus sonhos com seu pai morto que narra neste mesmo trabalho. Esta confusão é explicada pela ambivalência de sentimentos que temos por pessoas amadas. Estes sentimentos ambivalentes fazem com que nos sonhos a pessoa viva seja intercalada com a morta, como se fosse indiferente se a pessoa está viva ou morta. Isto seria uma forma de defesa do sonhador recusar seus sentimentos hostis. Em um dos sonhos de uma das mães, por exemplo, seu filho

estava deitado junto de várias outras pessoas e, ao se levantar, falou que estava bem. Estava com cabelo comprido, assim como tinha aos 15 anos. Interessante que esta mãe se sente muito culpada pela morte do filho, pois acredita que deveria ter feito algo para impedir sua morte. Também não consegue trazer sentimentos negativos sobre seu filho, tratando-o de forma extremamente idealizada. Este sonho que intercala vida com morte mostra exatamente esta dificuldade da mãe em lidar com seus sentimentos ambivalentes - o que é realmente muito difícil e dolorido de aceitar.

Já em "Totem e tabu" (1914), o luto aparece nas descrições de características culturais de povos primitivos. Aqui, o luto também é um afeto que surge com a morte de pessoas, mas, diferente dos neuróticos, é um afeto que aparece com a morte de inimigos e não de pessoas amadas. Os povos primitivos apresentavam pensamentos mágicos que lhes faziam acreditar ser necessário sofrer, ficar enlutado, por alguém que se teme como seus inimigos. Através deste sofrimento, protegem-se dos fantasmas dos inimigos. Dessa forma, na verdade, não estão realmente sofrendo com a morte, mas sim com o medo da virulência do tabu e seu contágio.

Há também a preocupação de contágio do morto querido com algum familiar como, por exemplo, as viúvas de uma tribo norte-americana, que vestem uma tanga de capim seco para impedir que o marido morto tenha relações sexuais com sua mulher. Além disso, entre várias tribos distribuídas por vários continentes como Oceania, África e América do Sul, existe a proibição de falar o nome do morto, atribuindo ao nome um sentido de coisa. Freud (1914) observa que isso não ocorre apenas com tribos indígenas pelo mundo, mas também com crianças de nossa sociedade e, conseqüentemente, com adultos neuróticos obsessivos. Estes elevam os nomes ao patamar de coisas e chegam a se colocar verdadeiras restrições quanto ao que podem ou não pronunciar.

Mas por que colocar tabus para os mortos? Freud (1914) explica, por meio da vida dos neuróticos, o comportamento dos selvagens - forma que denomina os povos das tribos analisadas. Há uma ambivalência nas relações humanas que, se estiver em grande quantidade no psiquismo, pode gerar culpa pela morte de alguém querido. Como se desejou a morte deste ente querido, quando este morre, o enlutado sente-se culpado pela morte mesmo não tendo feito nada que contribuísse para este fim. Isso é uma característica que, devido à ambivalência, pode ocorrer a

todos, mas, quando trazida para a esfera da psicopatologia, ou seja, quando se trata de um excesso, faz parte da neurose obsessiva, sendo uma característica bastante arcaica. Assim, também ocorreu na vida dos selvagens com seus sentimentos ambivalentes muito fortes, porém, ao invés de direcionarem estes sentimentos para si como um sentimento de culpa, projetaram para o morto, transformando sua alma em um demônio que poderia puxá-los junto com ele para a morte. Nas palavras de Freud (1914):

Por conseguinte, segue-se a repressão da hostilidade inconsciente pelo método da projeção e a criação do cerimonial, que expressa o medo de ser punido pelos demônios. Quando, com o decorrer do tempo, o luto passa, o conflito torna-se menos agudo, de maneira que o tabu sobre os mortos pode diminuir de severidade ou cair no esquecimento. (p 137).

Freud (1914) entende, então, através da queda dos tabus - intimamente ligados com a ambivalência -, que a ambivalência diminui na sociedade, mas não na vida psíquica dos neuróticos obsessivos. Freud (1915) explica, em "Os instintos e suas vicissitudes" e em "O ego e o id" (1923), que o ódio é precursor do amor e que o ódio pode se transformar em amor e vice-versa, fato que analisamos anteriormente ao falar da culpa do neurótico obsessivo. Neste sentido, a ambivalência é definida como uma fusão instintual que não se completou (FREUD, 1923). Como colocamos, a ambivalência já aparecia nos homens da horda primeva que sentiam tanto amor quanto ódio de seu pai. Admiravam-no por sua força e poder, no entanto, ao mesmo tempo, queriam-no morto porque os impossibilitava de se satisfazerem sexualmente com as mulheres da horda (FREUD, 1914). Outro exemplo é dos dias de hoje: uma mãe que, apesar de amar muito seu filho, em algum momento sentiu raiva deste e desejou sua morte.

Freud (1914) aponta para o fato de que estes sentimentos ambivalentes podem nos permanecer obscuros durante toda a vida, mas o luto agrava esta situação pelo fato de intensificar os sentimentos afetuosos e não tolerar os sentimentos hostis. Um exemplo é o que escrevemos anteriormente sobre os povos primitivos que transformam um morto adorado em um inimigo maligno, pois projetam seus sentimentos hostis em demônios e criam cerimônias para este morto com o objetivo de evitar sua punição.

Assim, estes sentimentos ambivalentes encontram-se, principalmente, relacionados com as pessoas que mais amamos como nossos familiares. O



superego, introjeção da lei externa, julga o ego, fazendo com que este reprima a hostilidade que sentimos. Por isso que, em sua maior parte, não sabemos destes sentimentos, eles são inconscientes. Ficamos apenas com o sentimento de culpa e os sintomas, ambos decorrentes da repressão.

A ambivalência sentida por pessoas queridas é um fator fundamental no luto. É a ambivalência que faz com que sintamos remorso e coloquemo-nos autocensuras. Este sentimento é denunciado pelos povos selvagens nas suas crenças e medos de demônio e fantasmas e suas venerações pelos ancestrais. É denunciado também por nós pelo medo da morte - desejo deslocado de que a pessoa morra - e pela culpa que sentimos. O sentimento de culpa provém, então, de uma luta entre o instinto de morte propenso à destruição e o instinto de vida que integra e une, ou seja, do julgamento que o superego faz ao ego por ir contra seu ideal, devido aos sentimentos ambivalentes, e por não alcançar este mesmo ideal - este último como expressão da onipotência.

Sobre a onipotência que ainda não falamos, podemos escrever que os povos primitivos já acreditavam fielmente em seus pensamentos, acreditavam em seu poder (FREUD, 1914). O homem da atualidade continua com estes sentimentos de onipotência de que detêm o poder de mudar o destino de seus filhos de se matarem, por exemplo. Este sentimento provém do início do funcionamento psíquico, no qual os pais acreditam que seus filhos tudo são e tudo podem (FREUD, 1914). A consequência desta crença pode ser culpa por não alcançar tudo o que se quer, por não se alcançar um ideal como impedir uma morte.

Em "Luto e melancolia" (1917), é explicado que o luto tem seu início, quando a própria realidade mostra ao sujeito que seu objeto amado não mais existe e, por isso, demanda a retirada da libido investida. Como este processo ocorre com uma grande resistência, o indivíduo, ao invés de retirar a libido, acaba por agarrar-se ainda mais ao objeto, através de uma psicose alucinatória. Este tipo específico de psicose traz à consciência desejos ocultos e reprimidos e coloca-os como satisfeitos. Freud (1917), em seu texto "Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos", descreve-os como 'desejo da amênia', que seria uma negação por parte da consciência a um fato que ocorreu na realidade, por não conseguir suportá-lo. O ego retira suas catexias do consciente, não sendo mais possível a realização do teste de realidade, função esta realizada pelo consciente. Dessa forma, as fantasias carregadas de desejo consciente como, por exemplo, a de que seu filho amado

ainda está vivo, tem livre passagem para os outros sistemas, pré-consciente e inconsciente, por uma ação análoga ao da repressão. Com isso, ao chegarem a estes outros dois sistemas, são vividas como uma realidade mais satisfatória, descartando a anterior e formando uma psicose alucinatória de que o objeto amado ainda está vivo. A existência do objeto seria, assim, continuada no psiquismo do sujeito. Importante ressaltarmos que, aqui, trata-se apenas de uma posição momentânea do sujeito para se defender desta dor insuportável. Freud (1917) escreve o 'desejo da amênciã' como uma possibilidade de ocorrência no luto, não se tratando de uma psicose, pois no luto a realidade não é desobedecida por completo.

Neste processo, a pessoa direciona sua libido, antes investida em outros objetos, para a dor da perda. Cremasco e Thielen (2010) escrevem que o luto leva a um desequilíbrio e desorganização instintual por voltar ao eu catexias que antes estavam direcionadas ao objeto perdido. Como se recusa abrir mão deste processo, não consegue substituir o objeto de amor, o filho amado que faleceu, por outro ou outros objetos. Isso explica porque o sujeito que passa tanto pelo processo do luto quanto da melancolia se afasta de sua atitude habitual perante a vida e perde o interesse na vida, em suas atividades e relações amorosas (FREUD, 1917). Freud (1985) explica que esta retração instintual seria uma inibição, explicado, em "Inibições, sintomas e ansiedade" (1926), como uma restrição da função do ego. Cremasco e Thielen (2010) apontam para outra função das restrições, das inibições. Pelo fato do ego se impor restrições, o sujeito divide um pouco do destino do objeto perdido, morto, o que, juntamente com o sofrimento ligado a perda, diminui a culpa.

Podemos perceber esta continuação do objeto amado na fala de uma das mães que explicitamente fala que colocou na sua cabeça que seu filho morto foi apenas viajar e logo voltaria – expressão do 'desejo de amênciã', antes citado. O problema é que, após um tempo, ele não voltou. E aí entra o teste de realidade que leva o enlutado a trabalhar sua perda e metaforizá-la ou utilizar-se de defesas melancólicas. Caso siga o caminho de superar sua dor e a retomar sua vida, entrará num processo de luto, no qual a realidade não é desobedecida por completo. O sujeito, após um tempo, acaba por romper suas ligações libidinais com o objeto e a aceitar sua morte. O que torna possível este rompimento é a vontade do sujeito em permanecer vivo, pois apenas dessa forma suas satisfações narcísicas serão atendidas.

Creмасco e Thielen (2010) escrevem que o trabalho do luto pretende, através de defesas psíquicas, restabelecer o equilíbrio psíquico que foi ameaçado com a perda do objeto amado. Este processo tem um papel importante de apaziguamento do sentimento de culpa, ao lentamente desligar as lembranças dos mortos e ficarmos em paz. Os povos primitivos conseguiam deixar de lado seus medos dos demônios, associados ao morto, e viver amistosamente com a idéia de ancestrais. Assim também ocorre conosco. Conseguimos, após um tempo, viver bem com a ideia do ente querido estar morto e ter boas lembranças, sem remorsos e punições.

Para que o processo de luto chegue ao seu fim, as lembranças do objeto amado são evocadas e hipercatexizadas, num primeiro momento, para que, posteriormente, a libido, pouco a pouco, seja desligada de cada uma destas lembranças e deixe o ego livre e desinibido novamente. Dessa forma, o luto termina e a fantasia de que o objeto ainda está vivo também (FREUD, 1917).

Freud (1926), em seu texto "Inibições, sintomas e ansiedade", coloca que este desligamento libidinal e a não possibilidade de satisfação de sua tensão psíquica gera muito sofrimento ao indivíduo. A dor é colocada, nesse mesmo texto, como a reação real à perda do objeto, portanto, no processo de luto, além de sofrimento psíquico, o indivíduo também pode sentir dor física.

Como estamos analisando, o luto é um processo ou um trabalho, como Freud (1917) escreve, de simbolização, que envolve um sofrimento muito profundo ao indivíduo que perdeu alguém que ama muito, sofrimento que se dá, principalmente, pela culpa que se sente por esta morte. Percebemos como este sofrimento pode ser tão intenso que leva os pacientes a relatarem angústia e depressão.

### 3.1 ANGÚSTIA

Nos seus trabalhos iniciais, mais especificamente em seu "Rascunho A", Freud (1892) escreve que a neurose de angústia é, em parte, uma consequência da inibição da função sexual. Nesta primeira parte de sua obra, em sua carta 14 a Fliess, Freud (1893) deixa claro que, para ele, quando se trata de uma "neurose de angústia pura", trata-se de uma neurose que se manifesta em sintomas físicos como

palpitações, temores hipocondríacos e muitos outros. Assim, em 1894, Freud define que é algo da vida física que causa a angústia:

a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um *afeto sexual* não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em - angústia. (p.238, itálico do autor)

Dessa forma, Freud (1894) explica que a neurose de angústia decorre de um acúmulo de tensão sexual somática pelo fato da energia sexual não ser ligada, isto é, não ser ligada a afetos psíquicos. Essa não-ligação pode se dar por diversos motivos como a falta ou a rejeição de idéias sexuais - a segunda podendo ocorrer com pessoas virgens, e a primeira com pessoas muito púdicas e pessoas que se impõem à abstinência sexual.

Além disso, a angústia, nestas primeiras obras de Freud (1896), pode aparecer como um afeto, uma transformação da libido, conseqüente do recalçamento nas neuroses. O afeto acompanha a autocensura que advém do retorno do recalçado. No "Rascunho N" (1897), esta questão fica mais clara:

A construção de sintomas por identificação está ligada às fantasias - isto é, a seu recalçamento no *Inc.* - numa forma análoga à da modificação do ego na paranóia. Como a irrupção da angústia está ligada a essas fantasias recalçadas, devemos concluir que a transformação da libido em angústia não ocorre por intermédio da defesa atuante entre o ego e o *Inc.*, mas sim no *Inc.* como tal. Conclui-se, pois, que existe também uma libido *Inc.* (p. 307, itálico do autor)

Esse trecho da obra de Freud demarca uma contradição inicial em sua obra, como nos escreve Pissetta (2008), pois a angústia aparece como decorrente, como produto, de um recalque, mas também como sendo possibilidade de um afeto. A mesma autora escreve como a angústia é descrita, em Freud, como a moeda universal, a moeda universal de troca de qualquer impulso que estiver ligado a uma ideia que passa, passou, pela repressão. Freud (1914), em "Sobre o narcisismo: uma introdução", explica que o recalque surge do ego, tendo como fator condicionante a formação de um ideal, de exigências externas que segue internamente. Este ideal julgaria certas ideias, fazendo com que permaneçam fora da consciência, isto é, fazendo com que sejam reprimidas. Assim, em relação à repressão, em 1915, Freud acrescenta que, quando há repressão, ocorre uma

divisão entre a ideia e o afeto ligado a ela. A ideia deve ser reprimida, mantida fora da consciência, enquanto que a energia instintual, o afeto, é:

inteiramente suprimido, de modo que não se encontra qualquer vestígio dele, ou aparece como um afeto que de uma maneira ou de outra é qualitativamente colorido, ou transformado em ansiedade. As duas últimas possibilidades nos apontam a tarefa de levar em conta, como sendo uma vicissitude instintual ulterior, a *transformação em afetos*, e especialmente em *ansiedade*, das energias psíquicas dos *instintos*. (p.158, itálico do autor)

Dessa forma, a ansiedade, a angústia<sup>13</sup>, pode ser um afeto transformado a partir do componente instintual ligado às ideações. Já em 1905, Freud escreve que a libido que não pode ser satisfeita se transforma em angústia. O motivo da repressão é sempre evitar o desprazer, ou seja, evitar os afetos ligados às ideias repulsivas. Então, se a angústia ainda é sentida, o aparelho psíquico não alcançou êxito em seu trabalho de afastar o desprazer.

Neste ponto da teoria, a angústia denuncia a repressão e aparece como afeto que pode se ligar a objetos exteriores ao ego como no caso do Pequeno Hans, que, por um deslocamento da ideia de seu pai como, por um lado, castrador e, por outro, um ser admirável, acaba tendo uma fobia a cavalos. O pai foi substituído por cavalos enquanto a libido que estava ligada à ideia foi transformada em angústia.

No entanto, a partir de 1926, Freud percebe que se dá de modo inverso a relação da angústia com o recalque. Agora, é a angústia que condiciona o recalque. Assim, a angústia não é mais a transformação da libido acumulada na repressão. A angústia para Freud é, a partir de então, um medo referente a situações de perigo:

Mas o *afeto* de ansiedade, que era a essência da fobia, proveio, não do processo de repressão, não das catexias libidinais dos impulsos reprimidos, mas do próprio agente repressor. A ansiedade pertencente às fobias a animais era um medo não transformado de castração. Era portanto um medo realístico o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real. Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade. (FREUD, 1926, p.110-111, itálico do autor)

<sup>13</sup> Na tradução alemã da edição *Gesammelte Werke* da Fischer Verlag, a palavra usada é "Angst" que pode ser traduzida como angústia e também como ansiedade. Na língua portuguesa, as palavras "ansiedade" e "angústia" se relacionam, segundo o Dicionário Aurélio. Neste dicionário, uma das definições de angústia é: "Ansiedade ou aflição intensa; ânsia, agonia" (p.99, [ca 1980]). Já ansiedade, neste mesmo dicionário, é definida como: "1. Ânãia; 2. estado afetivo caracterizado por um sentimento de insegurança" (p.103, [ca 1980]). Percebemos como na língua portuguesa os conceitos de ansiedade e angústia se misturam.

A angústia é um afeto que pode ser adequado e útil ao psiquismo, quando sinaliza um perigo antes temido para, deste modo, evitá-lo. Pode, porém, ser inadequado, quando sinaliza uma nova situação de perigo. Freud (1926) explica que o perigoso não é o instinto mais seu representante ideacional. O perigoso vem do exterior ao psiquismo, vem do perigo da castração, por exemplo. Essa questão, todavia, já havia sido de certa forma mencionada em 1914, como escrevemos anteriormente, quando o autor propõe a concepção de um ideal e relaciona-o, de certa forma, às exigências externas que obrigam o indivíduo a abrir mão de seus desejos, seus impulsos instintuais. A angústia sinaliza, a partir do desprazer<sup>14</sup> que causa, algo de que queremos fugir. No caso de uma fobia, o indivíduo consegue literalmente evitar sua angústia, pois, fugindo do objeto fóbico, evita-o na realidade, enquanto que psiquicamente evita a ideia causadora de desprazer pela repressão e substituição ideacional - repressão e consequente substituição que só foram possíveis por conta da angústia.

Aqui, um parêntese importante: mesmo já estando alguns anos longe de seus primeiros trabalhos que apresentavam um enfoque mais biológico, Freud, em 1926, em relação à angústia, escreve que esta demonstra caráter de desprazer, descarga motora e percepção destes atos. A angústia seria um aumento de excitações, que encontra seu alívio com uma descarga motora. Neste ponto, a teoria freudiana não mudou em nada: um acúmulo de tensão sexual que gera desprazer.

Este acúmulo de tensão não descarregável Freud (1926) escreve que pode surgir em situações de perigo como no nascimento e na não satisfação das necessidades da criança, por exemplo. Em relação a estes pontos, a angústia apareceria, primeiramente, como reação à perda do objeto amado como a mãe, o corpo da mãe, e, posteriormente, a mãe que alimenta e cuida. O que a criança teme, na verdade, é a não satisfação e, como aprendeu que a mãe que cumpre esta função, acaba por deslocar o temor de sua não satisfação para a perda do objeto que a satisfaria. Outra questão é que, posteriormente, a criança aprende que, mesmo o adulto estando presente para satisfazê-la, ele pode não a amar. Então, o perigo da perda do objeto se desloca para a perda de amor do objeto. A angústia de castração, que aparece em um terceiro momento, também não deixa de ser uma reação à perda, à separação, de algo muito significativo de nosso corpo. A última

---

<sup>14</sup> Para Freud (1926), o afeto que causa desprazer não é, necessariamente, angústia. O desprazer também pode ser causado pelo luto, por exemplo.

angústia, digamos assim, seria decorrente de um deslocamento de um perigo causado pela perda de um agente externo como a mãe, o pai, para um agente interno o superego. A angústia de castração passa a ser sentida como angústia moral e/ou social, como medo da morte, do destino, ou seja, de sofrer uma punição ou de não ser mais amado pelo superego, como já havíamos descrito o masoquismo. A angústia se torna, agora, mais generalizada, não mais tão específica como anteriormente, sempre aparecendo logo que estas situações de perigo supracitadas dão sinal à criança.

Freud (1926) estabelece, então, um tipo de escala temporal para o aparecimento das angústias, todas elas tendo em comum um desamparo decorrente de uma separação, de uma perda, e todas elas podendo aparecer simultaneamente, lado a lado, ou não. A escala seria a seguinte: 1) Nascimento/ Desamparo psíquico<sup>15</sup>; 2) Perda de satisfação/ Perda de objeto; 3) Castração; 4) Morte/ Perda de amor do superego.

Para fechar este subcapítulo uma citação de Freud (1926) que explica bem o desenvolvimento de sua teoria da angústia:

Época houve em que atribuí certa importância ao ponto de vista de que aquilo que era utilizado como uma descarga de ansiedade era a catexia que fora retirada no processo de repressão. Hoje isto me parece quase de nenhuma importância. O motivo disto é que, embora antigamente acreditasse que a ansiedade, de maneira invariável, surgisse automaticamente por um processo econômico, minha presente concepção de ansiedade como um sinal emitido pelo ego a fim de tornar afetiva a instância do prazer-desprazer elimina a necessidade de considerar o fator econômico. Naturalmente nada há a dizer contra a idéia de que é precisamente a energia que foi liberada por haver sido retirada através da repressão que é utilizada pelo ego para provocar o afeto; porém não é mais de importância alguma qual a parcela de energia que é empregada para essa finalidade. (p.138)

Resumindo: a angústia nada mais é do que uma reação a uma situação traumática, uma situação que causou uma elevada excitação sem possibilidade de descarga, paralisando o princípio de prazer (FREUD, 1933). As duas mães atendidas se mostram bastante angustiadas. Difícil a sessão em que não falam que sentem angústia, mas não conseguem nomear o que seria este afeto que se mostra em palpitações cardíacas ou até mesmo em um sentimento de vazio em seu peito -

---

<sup>15</sup> Posteriormente, neste mesmo texto, Freud (1926) escreve algo diferente em relação ao nascimento: como a criança, nesse momento, não tem um objeto criado, como a mãe, não pode sentir falta desta. No nascimento, a criança sente apenas angústia.

um acúmulo de excitação sexual que não se liga ao seu conteúdo psíquico, não sendo possível, assim, nomear o excesso de excitação em seu corpo.

A depressão, assim como a angústia, também se relaciona com o trauma. Ambas protegem o psiquismo contra ele e, para uma das mães, Edite, este estado e este afeto - que diz respeito ao corpo - conseguiram, entre outras questões que analisaremos, proteger esta mãe de transformar sua perda em um trauma.

### 3.2 DEPRESSÃO

Em relação ao desfecho do luto, em seus "Breves escritos - contribuições para uma discussão acerca do suicídio" (1910), Freud escreve, rapidamente, sem tirar conclusões, sobre o "afeto crônico do luto" (p.244). A questão da temporalidade em relação ao luto é algo que em todo seu trabalho não fica clara. O luto é sempre colocado como um afeto não patológico, mas se as autoacusações, não aceitação da morte e tristeza profunda não encontrarem um fim, isso não seria patológico? Isso equivaleria considerar o patológico numa concepção de tempo. Como dissemos, Freud não deixa isto claro em sua obra, porém, aponta sempre para um desfecho do luto. Nas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise, Freud (1915-1917) dá exemplos de pacientes que se agarram em seu passado, retornando e fixando-se em um ponto de seu desenvolvimento psíquico. Se esta fixação levar a uma neurose, considera como patológico. Contudo, o luto, que também é uma fixação no passado, não é para o autor, necessariamente, uma neurose, mas seus caminhos podem levar a uma - acreditamos que Freud esteja se referindo a uma neurose narcísica, ou seja, está apontando para uma melancolia, por acreditar ser uma forma de reação patológica a uma perda.

Uma das características da neurose é abandonar seu presente e futuro e dedicar-se ao seu passado, ficando preso nele. Assim, estabelece-se um contraponto na obra de Freud: o que poderia levar o luto a se tornar patológico? A duração do sofrimento? Se a pessoa enlutada fica por muito tempo identificada ao objeto e fixada no passado, isso apontaria para uma neurose? Essa forma de pensamento segue o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), que engloba o luto como um Transtorno Depressivo Maior, quando a



pessoa está em sofrimento pela perda de um ente querido, mesmo menos de dois meses após a perda. Isso mostra que a psiquiatria que embasa sua prática neste manual acredita que a duração do sofrimento do enlutado pode configurar em um transtorno depressivo. A psicanálise freudiana, contudo, não vê o luto como uma depressão. Como Teixeira (2005) escreve, a depressão na obra de Freud seria um estado mais brando de sofrimento que poderia estar presente nas neuroses de forma geral. Não poderia, então, a depressão despertada em um processo de luto ser o que consideramos o patológico do luto?

Desse modo, faremos uma distinção entre luto e depressão seguindo a linha de pensamento dos autores Berlinck e Fédida (2000) e Pinheiro, Quintella e Verztman (2010)<sup>16</sup>. Esta distinção é importante, pois, nos dias atuais, o trabalho de luto, muitas vezes, é confundido por profissionais da área da saúde e leigos como depressão. Por isso, há uma medicalização deste estado que, como coloca Carneiro (2005), impossibilita o trabalho do luto, fazendo com que os laços com o objeto perdido não sejam elaborados e deixados no passado, prolongando a melancolização do estado de luto.

Berlinck e Fédida (2000) escrevem que a depressão não seria uma estrutura clínica, mas sim um só e mesmo estado que se apresenta nas diferentes estruturas clínicas. Ela ficaria visível aos nossos olhos pela letargia somática que a acompanha. Com ajuda do artigo de Freud "Neuroses de transferência: uma síntese", os autores estabelecem que a depressão, filogeneticamente falando, surge na Era glacial na transição do animal para o humano. Anterior à Era glacial, o animal tinha todas as necessidades satisfeitas como, por exemplo, as necessidades sexuais. Com o congelamento terrestre, o animal perde seu objeto de satisfação e isso ocorre com muita dor, angústia, depressão. Essa mudança terrestre leva a uma mudança no sistema imunológico, a criação de um psiquismo, um aparelho de defesa, que permite o homem viver com a frustração de não se ter mais seu objeto de satisfação sempre ao seu dispor e de viver agora com a ameaça da extinção da espécie devido à escassez de recursos de sobrevivência:

O aparelho psíquico seria, portanto, a parte do sistema imunológico constituída, no humano, durante a catástrofe glacial. Trata-se de uma

---

<sup>16</sup> Freud, neste momento, não será analisado, pois não apresenta em sua obra um conceito definido de depressão. O autor sempre a descreve como um quadro sintomático, normalmente, ligado a quadros de tristeza.

organização narcísica do vazio correspondendo à perda do objeto de satisfação, à perda de contato com a regularidade sexual e visando proteger o humano da dor, da própria depressão e da angústia. (BERLINCK, FÉDIDA, 2000, p. 15)

Dessa forma, os autores nos mostram como não há um estado de não depressão, pois a depressão é constitutiva da estruturação do psiquismo humano que está sempre se modificando. A depressão é uma defesa do ser humano frente à perda, ao traumatismo, como escreve Fédida (1999), e surge sempre que o homem precisa de uma restauração de seu narcisismo. Para Fédida (1999), o vazio seria a presentificação do objeto ausente pelo depressivo. Assim, o autor escreve que o luto poderia acabar com este estado de vazio, de depressão. Não realizar o luto pelo objeto perdido, não conseguir simbolizar sua perda, leva o sujeito a uma depressão interminável, para se negar o que foi perdido (BERLINCK; FÉDIDA, 2000).

Nessa linha de pensamento, Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) escrevem sobre a depressão, não mais de um ponto de vista da filogênese, mas sim da ontogênese do homem. Os autores entendem a depressão como um modo de defesa perante a perda de um objeto amado que estaria relacionada a uma crença narcísica de que já se foi tudo, onipotente, e que não se é mais. Esta crença vem dos primórdios do desenvolvimento humano, momento este que, conforme Freud (1914), os pais vêem seu pequeno herdeiro como uma majestade. O que ocorre nesta forma depressiva é a não elaboração do término deste estado narcísico de completude que pode vir à tona ao se perder um objeto, possivelmente um ideal. Ou seja, para o depressivo falta o processo de luto da crença narcísica. Trata-se de uma perda de uma imagem ideal de si que é negada pelo sujeito decorrente de uma não aceitação da finitude e do desejo. Já o luto é uma forma de lidar com a morte e com o transitório, recolocar-se na cadeia desejante - é o momento de matar o morto (PINHEIRO; QUINTELLA; VERZTMAN, 2010).

Entendemos como a perda de um filho para uma mãe, este se tratando de um ideal, pode reativar a não elaboração da perda de um estado de completude, pode reativar as perdas narcísicas provindas da castração, da descoberta de que não se é tudo e de que não se tem tudo, principalmente se tratando de uma mulher e da perda de um filho homem. Como veremos no capítulo cinco, um filho, para uma mãe, pode ser aquilo que preencheria estas faltas narcísicas e simbólicas. Então, a perda de um ente amado, por si só, já poderia levar o psiquismo a se defender deste

possível trauma com defesas depressivas, mas, ao falarmos da perda de um filho para uma mãe, o psiquismo se defender por meio de uma depressão torna-se ainda mais evidente.

Por fim, para respondermos a questão acima colocada, propomos a compreensão de que o luto que Freud (1917) nos fala não pode ser colocado como patológico, pois se mostra como um trabalho que o psiquismo realiza para simbolizar uma perda. Este trabalho nada tem de uma patologia. Ele é extremamente saudável e o psiquismo se utiliza dele para se reestruturar e estabelecer novos sentidos, para se adequar a uma nova realidade. Neste momento, a depressão pode entrar em jogo porque, quando se perde um objeto de satisfação importante, o psiquismo precisa se restabelecer narcisicamente e a forma como encontra de se defender é com a depressão. Em relação ao tempo, se o tempo do luto é o que o tornaria patológico, o que podemos responder, até então, é que o luto não é um processo patológico, mas, se ocorre uma não aceitação da perda, ou seja, um 'não trabalho de luto', isso leva a uma tristeza profunda que impede o processo de simbolização da perda, que impede o trabalho de luto, e esse estado, sim, é patológico. Assim, entendemos que o que é patológico é o 'não trabalho de luto' e não o luto em si. Para Freud, uma forma de não-luto, de não-metaforização da perda, poderia ser a melancolia<sup>17</sup>. Continuaremos falando sobre este conceito no próximo capítulo.

---

<sup>17</sup> Alguns autores como Berlinck e Fédida (2000), cuja teoria sobre a depressão escrevemos nesse capítulo, usam a terminologia de "luto interminável" como sendo um processo possivelmente patológico. Entendemos que estes autores estão, dessa forma, referindo-se a uma melancolia e compreendem o luto interminável como uma não possibilidade de luto, isto é, como um não-luto.

## 4 MELANCOLIA

Estamos falando de sofrimento pela perda de um filho pelo suicídio. Além do luto, qual seria, para a escola freudiana, outra forma de sofrimento, de reação à perda de alguém que se ama? Esta resposta fica muito clara na obra de Freud: é a melancolia. Percebemos a importância que a melancolia tem para os homens, quando filósofos, desde a Antiguidade, debruçam-se sobre ela. Para tanto, traçaremos um breve panorama histórico sobre a melancolia, baseado no trabalho de Urânia Peres (1996).

Iniciaremos com Homero. Nas obras deste filósofo, especificamente no Canto VI da Ilíada, percebemos, desde o começo, como a melancolia está associada ao sofrimento. O autor escreve sobre Bellerofonte que, odiado pelos deuses, sofre de melancolia. O próximo a falar em melancolia é Hipócrates com sua teoria dos humores. Para este filósofo, a melancolia é associada à bilis negra, um humor natural do corpo, que, por sua vez, é relacionada à tristeza. No entanto, a ideia sobre a melancolia que predomina por toda a Antiguidade é a de Aristóteles. Em sua concepção, a melancolia decorre de uma predisposição natural. O humor dos melancólicos ou dos atrabiliários, como também os denomina, é formado pela interação entre o frio e o calor. Assim, dependendo da constituição da pessoa, a atrabilis se ficar fria, sua temperatura normal, gera depressão, mas se for aquecida, gera euforia.

Passaremos agora para a visão que tinham da melancolia na Idade Média. No século XII, a teoria dos humores continua prevalecendo, sendo a melancolia uma mistura entre seco e frio, contudo, não é mais associada a uma pessoa sofredora, mas sim a uma avarenta, gananciosa, medrosa, desleal e de cor terrosa. Ainda é relacionada à bilis negra, mas, nesse momento, é colocada como não natural. Além disso, é na Idade Média com ajuda da ciência árabe que a melancolia é ligada à astrologia, especificamente ligada ao planeta Saturno, um planeta que remete à tristeza e às mais altas habilidades intelectuais.

Mais tarde, no Renascimento, a melancolia é introduzida pelo médico florentino Marsilius Ficinius, que retoma a dualidade corpo e alma no sentido de que

a melancolia pode engrandecer a alma, com o cuidado de não cair em sua amargura e loucura. Deste modo, com a introdução da relação entre melancolia e Saturno, a melancolia começa a ter um lado positivo.

Já a Reforma de Lutero, que tirou dos fiéis a possibilidade de realizar boas ações para redenção de seus pecados e, com isso, a distinção entre seus atos, cria um grande vazio entre os homens. O mundo passa a ser visto através de um olhar melancólico. Em continuação, no século XVIII, a melancolia começa a ser analisada, cada vez mais, em seus aspectos qualitativos como a solidão, tristeza, amargura e inibição. É desta época que data a descoberta da relação mania-melancolia.

No século XIX, com o homem em meio ao seu sofrimento e dúvida acerca de seu ser sobre qual caminho seguir e trilhar, surge a psicanálise, modificando a visão da melancolia. Nesta época, as questões sobre a melancolia continuavam a ser explicadas, principalmente, de forma fenomenológica, até Freud, no século XX, desenvolver uma metapsicologia para a melancolia.

A concepção de melancolia aparece desde os primórdios da obra do pai da psicanálise, alterando-se conforme os anos. Inicialmente, o autor descreve questões biológicas da melancolia que podemos ver já em um de seus primeiros trabalhos, ao qual já nos referimos, o "Rascunho B" (1893), no qual a melancolia acompanha sempre uma "anestesia [sexual] psíquica" (p.228). Neste mesmo texto, aponta para o fato da melancolia não ter como causa precipitante um trauma como é o caso da depressão periódica. Algo que não muda ao longo da obra de Freud se refere ao enquadramento da melancolia dentre as neuroses por admitir um recalque, porém, nunca a enquadrando junto às psiconeuroses que, posteriormente, classificou como neuroses de transferência. Em sua carta a Fliess (1894), escreve que o mecanismo da melancolia, uma neurose, é a troca de afetos sexuais. Sua origem se dá devido a perturbações na vida sexual. Continuando este pensamento, no "Rascunho E" (1894), diferencia a melancolia da neurose de angústia - que já tratamos no capítulo anterior -, colocando que a primeira é decorrente de um acúmulo de tensão sexual psíquica - assim, denomina os melancólicos de anestésicos, ou seja, com falta de libido - e a segunda, um acúmulo de tensão sexual somática. Segundo o autor, os melancólicos não precisam do amor em sua forma física, apenas em sua forma psíquica, que, quando não satisfeita, poderia levar a uma melancolia, assumindo, dessa forma, uma predisposição a esta afecção. Esta concepção se assemelha à histórica, que enquadrava os melancólicos como seres com altas habilidades

intelectuais. No "Rascunho F", Freud (1894) ainda relaciona a melancolia à angústia e fala em uma melancolia de angústia e uma melancolia neurastênica, colocando a depressão periódica em igualdade com a melancolia - para esta última depressão periódica/melancolia aponta os seguintes sintomas: apatia, inibição, pressão intracraniana, dispepsia, insônia. Logo adiante, escreve que a origem da "melancolia de menor importância" (p.245) de seu paciente seriam atividades sexuais como o coito e a masturbação. Percebe isso, pois a tristeza de seu paciente diminui com a abstinência destes atos.

Freud (1895) aprofunda estes pensamentos em seu "Rascunho G: melancolia". Nele escreve que o aparecimento da melancolia é favorecido pela anestesia:

[...] (B) A melancolia se desenvolve como intensificação da neurastenia, através da masturbação; (C) A melancolia surge numa combinação típica com a angústia intensa; (D) A forma típica e extrema da melancolia parece ser a forma hereditária periódica ou cíclica. (p.246).

O caso (B) é explicado pelo excesso de masturbação que leva a uma diminuição da excitação sexual somática com um conseqüente abatimento do grupo sexual psíquico. A melancolia com angústia, descrita como uma transformação da tensão sexual física acumulada que não pode ser descarregada em afeto psíquico, surge, quando a energia sexual somática presente é desviada do grupo sexual psíquico e utilizada na fronteira entre psíquico e somático, uma questão da angústia. Neste ponto, Freud (1895) aponta para uma segunda causa da melancolia que é a diminuição de excitação sexual somática e do grupo sexual psíquico decorrente ou não de uma diminuição da sensação voluptuosa. Isso significa dizer que a energia sexual não é ligada, ela fica livremente flutuante, gerando expectativas de satisfação não garantidas. Esse estado pode causar ao sujeito problemas no soma e, acima de tudo, uma angústia que pode beirar o insuportável, dependendo do quão livre e indeterminada se encontra essa energia.

Dessa forma, Freud (1895) explica que a diminuição do grupo sexual psíquico leva a um buraco psíquico, uma hemorragia interna que suga a energia psíquica causando dor, sofrimento e levando à inibição. Assim, a energia sexual que deveria ser transformada em afeto pela elaboração psíquica, isto é, a excitação sexual somática que deveria ser ligada a conteúdos representativos (grupo sexual

psíquico), transforma-se em angústia por conta de uma não ligação entre esses dois grupos - psíquico e somático. O resultado desta não ligação é uma inibição do deslizamento constante dos conteúdos representativos, significantes do desejo. Este excerto mostra como a melancolia é uma intensificação de uma neurastenia e como pode aparecer ligada à angústia.

Neste texto, associa também pela primeira vez a melancolia à mania, o primeiro estado sofrendo de uma diminuição de excitação neuronal em contrapartida a um excesso de comunicação neuronal do segundo. É também a primeira vez que Freud relaciona a melancolia ao luto. O luto seria o afeto da melancolia, pois os melancólicos sofrem de uma perda da sua vida instintual, um luto pela libido.

Assim, nestes primeiros esboços de seu trabalho, Freud aponta para algumas características da melancolia, dentre elas: diminuição da auto-estima ("Um caso de cura pelo hipnotismo com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da contravontade", 1892), anestesia ("Rascunho E: angústia", 1894), inibição, sofrimento ("Rascunho G: melancolia", 1895), aniquilação do ego ("Rascunho J: Frau P.J.", 1895), depressão, culpa ("Rascunho N: impulsos", 1897), desvalorização, incapacidade de realização e temor de ser impotente (Carta 102 a Fliess, 1899).

Até dado momento de sua obra, Freud explica a melancolia de forma descritiva, direcionando seus estudos para questões neurológicas desta afecção. No entanto, com o aprofundamento do conceito de narcisismo e com a introdução da concepção de um agente crítico no psiquismo, em "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914), Freud (1917) consegue conceber uma metapsicologia da melancolia. O autor nos dá um ótimo exemplo de melancolia da vida cotidiana em seu texto "Sobre a transitoriedade". Em um passeio nas Dolomitas na Itália, Freud e um amigo poeta, Rainer Maria Rilke, discutem sobre a transitoriedade do belo. Para o poeta, o belo, por ser transitório, perde sua beleza. Ou seja, a mudança é tão insuportável para o poeta que faz o belo virar feio, uma forma bastante melancólica de ver o mundo.

Em "Luto e melancolia" (1917), a melancolia aparece como reação patológica a uma perda real, como na morte de alguém querido, ou ideal, como no caso de um país que ocupou o lugar de um ente amado. A melancolia é uma saída patológica ao luto. Além disso, na melancolia, ao contrário do que ocorre no luto, o melancólico pode saber quem perdeu, mas não sabe o que, ou seja, ocorre uma retirada deste

objeto da consciência. Por algum motivo, como uma decepção amorosa, o sujeito retira sua libido do objeto, e, por uma identificação narcísica a ele, ao invés de investí-la em outro objeto, volta-a para seu ego, incorporando o objeto como uma regressão à fase oral, remetendo filogeneticamente ao devoramento do pai da horda. A forma canibalística de devoramento como forma de aniquilamento da separação do ego do objeto é uma característica desta fase. É, portanto, ambivalente, pois ama tanto o objeto que o destrói para, através da incorporação, tê-lo sempre perto de si. Fédida (1999) escreve como a incorporação canibalesca é uma forma do eu se satisfazer imaginariamente da destruição do objeto e, ao mesmo tempo, apropriar-se dele. Essa é a forma de negar a existência do objeto, isto é, negar sua existência, sua diferença, separada do sujeito. O sonho canibal diz de uma solução incestuosa de não perder o objeto para não renunciá-lo. Para o melancólico, a perda do objeto significa a sua própria perda, por se tratar de uma ligação narcísica. Assim, o melancólico apresenta uma angústia canibal e perder o objeto pode significar sua destruição egóica. A melancolia seria a forma fantasmática do sujeito manter a si e seu objeto de amor vivos. Destruir o objeto é o modo mais seguro de não o perder. A incorporação não é o ato simbólico da resolução da perda, mas sim a satisfação de ingerir o objeto, negando a separação.

O melancólico, segundo estudos do psicanalista alemão, Karl Abraham, em seu estado de depressão, tem um desejo inconsciente de incorporar o objeto, ou seja, o melancólico regride ao mais primitivo estágio da libido. O melancólico encontra-se na fase mais antiga sádico-anal, quando não se encontra em sua crise depressiva<sup>18</sup>. Esta fase envolve a destruição de um objeto ambivalentemente amado. No entanto, o melancólico não permanece nela. Quando sofre de uma decepção amorosa, que estaria reproduzindo uma decepção amorosa de sua infância, regride à fase oral canibalesca. Assim, Abraham (1924) estabelece cinco pontos que precisam estar presentes para podermos falar em melancolia: 1. Uma exacerbação, possivelmente herdada, do erotismo oral; 2. Uma fixação da libido no estágio oral; 3. Desapontamentos amorosos na infância, levando a uma ferida narcísica; 4. Estes desapontamentos amorosos precisam ocorrer antes do complexo de Édipo ser superado; 5. Ocorrência da repetição do desapontamento amoroso

---

<sup>18</sup> Abraham (1924) entende a melancolia de forma cíclica, ou seja, o paciente pode se encontrar em seu momento 'estável', que presume que esteja em sua fase sádico-anal, ou pode regredir para a fase oral canibalesca que o leva a crises depressivas.



infantil na vida adulta - este último ponto é o que causa o desencadeamento da melancolia.

Sobre a decepção amorosa do melancólico, Abraham (1924) deixa claro que ela vem da mais tenra infância desses sujeitos e, em geral, diz de desapontamentos com sua mãe e, em alguns casos, com seu pai. O melancólico incorpora o objeto, que tanto ama e odeia, porém, o desapontou, e coloca-o no lugar de seu ego ideal "*in toto*" (ABRAHAM, 1924, p.148, itálico do autor), levando todas as suas autocríticas emanarem desse objeto incorporado, assim como todas as suas autocríticas serem, na realidade, dirigidas a este objeto - uma via de mão dupla. Seu desapontamento leva-o a destruir e rejeitar o objeto ambivalentemente amado como se fosse suas fezes e, logo após, incorporá-lo oralmente. Este objeto de amor seria, dessa forma, identificado as suas fezes, seu produto corporal mais importante de sua infância.

A identificação vem aqui para substituir o amor com o objeto (LAMBOTTE, 1997). Como Freud (1923) supõe em seu texto "O ego e o id", esta seria uma forma possível do id abandonar o objeto. Com isso, é estabelecida uma identificação entre ego e objeto, a qual faz a perda objetual ser sentida como a perda de seu próprio ego (FREUD, 1917), perda esta vista como uma desvalorização egóica. Neste momento, a melancolia passa a tratar de uma perda objetual que, antes em 1895, era vista como uma perda instintual (MOREIRA, 2001) - sabe-se "quem" perdeu, mas não "o que" se perdeu no objeto (FREUD, 1917). Conseqüentemente, de acordo com Freud (1917), o que existe na melancolia e no luto não é uma identificação narcísica. Deste modo, a catexia objetual provou ter pouco poder de resistência e a forte fixação no objeto amado venceu.

Bastante importante nos atermos às questões das identificações. Freud, em 1917, separa a identificação narcísica, que coloca como característica da melancolia, da identificação histórica. Faz esta distinção pelo fato de na primeira a catexia objetual ser abandonada por completo enquanto que na segunda isso não ocorre. A questão que se faz, aqui, é que em "Psicologia de grupo e análise do ego", Freud (1921) explica que a catexia objetual retroceder para a identificação - "a identificação apareceu no lugar da escolha de objeto e que a escolha de objeto regrediu para a identificação" (FREUD, 1921, p.116) - é como se formam os sintomas históricos, todavia, também é como ocorre o processo da identificação na melancolia:

Existem, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular; então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi destruída. O resultado não foi o normal - uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo -, mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem ser necessárias. A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do ego com o objeto abandonado.[...] Mostramos em outro ponto que a identificação é uma etapa preliminar da escolha objetal, que é a primeira forma - e uma forma expressa de maneira ambivalente - pela qual o ego escolhe um objeto. (FREUD, 1917, p.254-255).

Percebemos, então, uma equivalência teórica entre estas identificações na obra de Freud. No entanto, neste mesmo artigo, Freud (1917) aponta para uma distinção da identificação histórica. Ela é uma identificação parcial, isto é, a pessoa se identifica apenas a um traço do objeto identificado, diferentemente do que ocorre na melancolia. A identificação narcísica, de acordo com Pinheiro (2014), que denomina de melancólica, não permite que os traços do objeto possam ser integrados no ego da pessoa como ocorrem com as identificações formadoras de caráter. Dessa forma, o mecanismo de ambas as identificações ocorre da mesma maneira, mas uma é uma identificação completa enquanto que a outra parcial. Lambotte (1997), todavia, acredita que a identificação do melancólico se dá apenas com uma característica: o "nada". Abraham (1924) e Abraham e Torok (1987) nos ajudam a compreender melhor a diferença entre estas identificações. Na melancolia o que ocorre é a incorporação do objeto em bloco sem elaboração metafórica. O sujeito traz o objeto inteiro para dentro do ego. Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) complementam que a onipotência do objeto incorporado, ou, conforme Freud (1917), sua crueldade, pode levar a uma fragilidade do sentimento de existência de si mesmo.

A severidade do superego - antes denominado de agente crítico, em 1914 -, para o melancólico, pode ter origem na vicissitude do investimento de amor. De acordo com Lambotte (1997), Freud escreve que o investimento de amor regressa para um tipo de organização narcísica e para um estágio sádico. O autor aponta para o fato de ocorrer uma dessexualização e desfunção instintual, quando se dá uma identificação primitiva, como é o caso da identificação parental que formou o superego e da identificação que ocorre na melancolia (FREUD, 1923). Dessa forma,

a agressividade fica livre do componente erótico, que antes unia as duas classes de instintos, à disposição do superego. Na segunda tópica freudiana, a melancolia vira uma pura cultura do instinto de morte, levando o indivíduo ao inanimado que pode se presentificar no ato de tirar sua própria vida. Este é um dos desfechos possíveis que Freud (1917) vê para a melancolia. O ego tomado como objeto, além de conviver com sua cruel onipotência, não se sente amado e protegido pelo superego, deixando-se morrer. Pelo fato do processo da melancolia se dar por meio de uma identificação, percebemos como a severidade superegóica do melancólico é ainda mais cruel do que em um sujeito não melancólico.

Freud (1917) coloca que uma reação que pode ocorrer à melancolia é a mania. A mania é a transformação da melancolia e apresenta sintomas completamente opostos da última como, por exemplo, exaltação e alegria. Este estado é explicado como sendo uma superação da perda do objeto amado e, portanto, toda anticatexia que estava ligada ao ego pela identificação narcísica fica livre, permitindo o estado eufórico (FREUD, 1917) como ocorria na ceia totêmica (FREUD, 1914).

Segundo Freud (1917), o resultado da melancolia seria a retirada da libido do objeto pela perda de valor do mesmo ou por dissipação da raiva. Esta libido retrocederia, então, para o local onde se originou no ego, e, assim, o amor não entraria em extinção. Ocorre uma luta ambivalente entre amor e ódio, na qual de um lado está a retirada da libido do objeto e, do outro, a proteção desta libido das recriminações. Todo este processo se passa no inconsciente, mas, com o seu fim, o que se torna consciente para o sujeito é apenas uma representação de um conflito entre ego e agente crítico, o superego<sup>19</sup>: "Após essa regressão da libido, o processo pode tornar-se consciente, sendo representado à consciência como um conflito entre uma parte do ego e o agente crítico." (FREUD, 1917, p.262)

Esta retirada da libido dos objetos de amor em sua vida habitual para o ego, para a dor da perda, é o que leva Freud a conceber a melancolia como uma neurose narcísica. Essa retração libidinal, porém, é entendida como algo natural e não, necessariamente, uma neurose. Em "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914), o mesmo autor coloca que no estado apaixonado e no sono, situações não patológicas, percebe uma introversão da libido em direção ao ego do sujeito. Esse

---

<sup>19</sup> O termo superego não foi citado em "Luto e melancolia" (1917). Ele foi introduzido em 1923 no texto "O ego e o id".

direcionamento da libido ao eu é chamado pelo autor de narcisismo primário e colocado como uma "fase normal" do desenvolvimento do eu assim como "o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação" (FREUD, 1914, p.81). O narcisismo seria superposto ao autoerotismo através de uma ação psíquica que incitaria o sujeito ao narcisismo primário. Este estado é colocado como intermediário entre autoerotismo e eleição objetal (FREUD, 1911), "uma antítese entre libido do ego e libido objetal" (FREUD, 1914, p.83)<sup>20</sup>.

Os pais, tratando seu filho de acordo com seu narcisismo primário renascido, tratando-o como o todo poderoso que realizará todos os seus sonhos deixados pelo caminho, investem libido neste filho. Dessa forma, todo investimento voltado, inicialmente, para as satisfações autoeróticas de um eu ainda em formação, desunido, toma a si próprio como um objeto de amor, formando uma imagem unificada do eu. Contudo, o sujeito passa a investir no seu mundo exterior, nos objetos, tendo como referência seu próprio corpo, segundo o princípio do prazer e não da realidade. Afinal, trata-se de uma questão de sobrevivência o sujeito passar a demandar ao mundo exterior. Para o autor, o que poderia incitar o sujeito a investir nos objetos como um narcisismo secundário, para além de sua realidade corporal (autoerotismo), seria uma sobrecarga de libido do ego, além de uma necessidade de proteção egóica - é preciso amar o outro para não adoecer. Freud aponta, então, para a possibilidade de se amar conforme seu próprio modelo, ou seja, o que se é, o que se foi, o que se gostaria de ser ou alguém que uma vez já foi parte de si. Esta forma narcísica de investimento libidinal (narcisismo primário) estaria em contraponto com a forma objetal de investimento (narcisismo secundário). Esta última se dá de acordo com um modelo de *Anlehnung*, isto é, de apoio - a mulher que alimenta ou o homem que protege.

Todavia, através de sua prática clínica, Freud (1914) percebe que em estados patológicos também ocorre uma introversão da libido para o eu. Se a retração da libido no eu é algo que ocorre no desenvolvimento normal do ego, por que, então, o autor engloba as psicoses - a paranóia, a demência precoce, a megalomania -, a hipocondria e a melancolia nas neuroses narcísicas como uma afecção grave (FREUD, 1914 e 1917)? O que ocorre nestes estados patológicos é uma retirada dos investimentos do mundo externo, ou seja, o eu retrocede neste ponto de fixação:

---

<sup>20</sup> Esta antítese é colocada pela primeira vez por Freud (1914) em seu trabalho sobre o narcisismo.

o narcisismo primário. Estes estados são considerados patológicos exatamente pelo fato da libido retrair-se dos objetos para o ego, fixando-se em fases muito anteriores do desenvolvimento - muito mais anteriores que nas neuroses de transferência<sup>21</sup> - e não conseguir mais investir nos objetos. É o represamento da libido que pode levar a uma neurose narcísica. Assim, o autor coloca, em suas "Conferências introdutórias sobre psicanálise" (1915-1917), especificamente ao tratar da teoria da libido e do narcisismo, que as neuroses narcísicas dificilmente permitem um estabelecimento transferencial e dificilmente são suscetíveis à análise pelo fato de sua resistência ser intransponível.

Entender a melancolia como uma neurose pressupõe algo de muito importante para esta afecção:

Os impulsos hostis contra os pais (desejo de que eles morram) também são um elemento integrante das neuroses. Vêm à luz, conscientemente, como idéias obsessivas. Na paranóia, o que há de pior nos delírios de perseguição (desconfiança patológica dos governantes e monarcas) corresponde a esses impulsos. Estes são recalcados nas ocasiões em que é atuante a compaixão pelos pais - nas épocas de doença ou morte deles. Nessas ocasiões, constitui manifestação de luto uma pessoa acusar-se da morte deles (o que se conhece como melancolia) ou punir-se numa forma histérica (por intermédio da idéia de retribuição) com os mesmos estados [de doença] que eles tiveram. A identificação que aí ocorre, como podemos verificar, nada mais é do que um modo de pensar, e não nos exime da necessidade de procurar o motivo. (FREUD, 1897, p.304-305)

Ao enquadrar a melancolia dentre as neuroses narcísicas, Freud (1914) segue sua concepção de que todas as neuroses envolvem um complexo de castração. Como nos atenta Moreira (2001), neste trecho do "Rascunho N", Freud (1897) insere a melancolia no complexo de Édipo, relacionando-a ao parricídio. Esse pensamento vai ao encontro com a concepção de Freud (1924) de tirar as psicoses das neuroses narcísicas, deixando, em sua terceira nosografia, este termo apenas para a melancolia, que agora é um conflito entre ego e superego - exatamente o conflito que gera o sentimento de culpa, segundo Freud (1923). Marie-Claude Lambotte (1997) escreve que o melancólico se sente culpado pela deserção do desejo do Outro. A autora lembra-se da brincadeira do *fort-da*, que Freud (1920) escreve em "Além do princípio do prazer", na qual a criança se sente dona do destino ao ter em suas mãos o poder do aparecimento e do desaparecimento do carretel. Desse modo sente-se o melancólico que se culpa pelo desaparecimento do

---

<sup>21</sup> Freud enquadra a histeria, a neurose obsessiva e a fobia entre as neuroses de transferência.

desejo que uma vez esteve lá para preenchê-lo narcisicamente, mas sumiu, dando tempo apenas de formar uma moldura especular. Esta moldura seria constituída a partir de um olhar materno rígido sobre a criança que a faz ser extremamente crítica consigo e com os outros. (LAMBOTTE, 1997; PINHEIRO 2014). O olhar materno passa pela criança como se estivesse olhando para o nada, sem investí-la narcisicamente. O melancólico identifica-se, dessa forma, ao “nada”, ao significante nada. Esta deserção do desejo é o trauma, o primeiro trauma que mudou toda constituição do melancólico. Compreendemos, então, que Lambotte (1997) não entende que o melancólico se identifica ao objeto como um todo, como vê Freud (1917), mas apenas a um único traço seu: "o apagamento do desejo, o apagamento de tudo o que tendia a fazer o sujeito entrar no domínio imaginário do reconhecimento" (p.428), assim como, diferentemente de Freud (1893), vê o melancólico como um traumatizado.

Apesar das diferenças entre os trabalhos de Freud e Lambotte sobre a melancolia, acreditamos que o trabalho desta última é uma continuação de Freud. Apresentam semelhanças importantes como ambos colocarem a melancolia no cerne do complexo de Édipo. Os autores entendem que o melancólico não rechaça a castração como um psicótico, muito pelo contrário. Ele vê a castração de frente, sem enfeites, como o faz o histérico e o obsessivo. Ver a castração como ela é torna a vida menos colorida e interessante, o que explica a lógica negativa da melancolia:

E o *Destino*, significante que vem substituir o significante primordial Nada e lançar este no campo social que o sujeito melancólico não se poderá impedir de reconhecer, mesmo negando-o, marcará a diferença entre a posição do sujeito melancólico e a do enlutado; de fato, se este último "trabalha" para encontrar em um outro objeto o brilho ilusório de sua imagem especular, o melancólico, ao contrário, negará as armadilhas da sedução afirmando, em nome de um real muito pregnante, a vanidade de toda coisa. (LAMBOTTE, 1997, p. 431, itálico da autora).

O superego tem, para Freud (1923), a função de proteção que antes era exercida pelo pai e, posteriormente, será pelo Destino. Como o melancólico poderia pensar num futuro ou num destino se sente que seu superego o abandonou? Como Pinheiro (2014) diz, o melancólico tem uma relação especial com o tempo. Sua dimensão temporal não apresenta um futuro, uma possibilidade de mudança. Tudo sempre foi e sempre será igual, pois o melancólico sofre de um trauma infantil.

Aqui, podemos fazer um parêntese para diferenciar depressão de melancolia, o mesmo que fizemos no capítulo anterior com o luto e a depressão. Pinheiro, Quintella e Verztman (2010), contrapondo o que faz Freud ao longo de sua obra, diferenciam estas duas afecções a partir de seus discursos: o do melancólico, de que nunca foi nada, e do depressivo, que não é mais o que foi. Os autores, como falado no capítulo anterior, atêm-se a uma depressão que remete à onipotência narcísica. Dessa forma, a depressão diz de um tempo na constituição do sujeito, no qual este foi investido narcisicamente de forma a acreditar na sua toda potência ao ponto de com a castração não se conformar em não ser mais o todo poderoso. Já a melancolia, diz de uma falta de investimento narcísico. O melancólico pode vislumbrar este investimento por um curto período de tempo, o suficiente apenas para o indivíduo sentir sua falta e identificar-se ao significante "nada", considerando-se "nada". Esta falta de investimento, porém, o melancólico toma para si e culpa-se por ela.

Moreira (2001) ajuda-nos a pensar mais sobre a questão da culpa do melancólico na obra de Freud. No trecho acima citado de 1897, Moreira (2001) aponta para o fato de Freud demonstrar implicitamente a questão do parricídio, culpa e punição nos mecanismos da melancolia. Como colocamos no capítulo anterior, Freud (1914) em "Totem e tabu" mostra, através do mito do pai da horda, como seus filhos, por odiá-lo e amá-lo, matam-no e devoram-no. Com esse devoramento, identificam-se com seu pai e ele, que já era poderoso, torna-se ainda mais forte internamente. A culpa é uma consequência deste ato e seu desejo de realização - ato e desejo que exigem uma punição. Esta identificação que faz um objeto estranho - um objeto que, se lembramos o texto de "O estranho" de Freud (1919) - ser introjetado no ego do sujeito fala do próprio sujeito, algo que aparece no texto "Uma neurose demoníaca do século XVII" (1923). O pintor Christoph Haizmann faz um pacto com o demônio para se livrar de suas inibições e melancolia decorrentes da morte de seu pai. Este demônio seria uma identificação com seu pai que surge e persegue-o. Seu estado depressivo passa, quando junta-se a uma Ordem Sagrada, que entra no lugar do Demônio, ou seja, do seu pai. Hardt Junior (2013), ao analisar este texto, coloca que o demônio aparece de algum núcleo não elaborado e retorna em formato demoníaco como um sofrimento depressivo por não conseguir desenvolver um investimento libidinal de si em relação a um outro, provavelmente seu pai. Dessa forma, aparecem neste texto questões de amor e ódio

em relação ao pai o que aponta para a culpa de Haizmann pela morte deste. Este pintor parece realizar uma projeção do ódio sentido pelo pai, formando, assim, a figura de um demônio da mesma forma como faziam os povos primitivos, analisados no capítulo anterior. Freud (1923) não deixa claro a questão sobre qual seria a origem da melancolia do pintor: sua ambivalência com o pai ou sua identificação. Este autor diferencia a melancolia por sua identificação narcísica e coloca a culpa como uma consequência da incorporação do objeto no ego e a ambivalência sentida por este. O superego estaria na verdade julgando o objeto e não o ego.<sup>22</sup>

O que ocorre é que parte do ego é tomada como objeto e toda a recriminação que se sente pelo objeto é voltada para o ego como uma autorecriminação: "a sombra do objeto caiu sobre o ego" (FREUD, 1917, p.254). De acordo com Freud, o que exerce esta recriminação é o agente crítico que conseguiu apoio na consciência e, agora, maltrata o ego. Abraham (1924) acrescenta que as acusações de que o melancólico se julga culpado dizem respeito ao seu desejo de incorporar, comer o objeto. Sua punição pode ser a inibição de sua atividade oral, a qual envolve a alimentação - anorexia - e pode levar à morte.

Assim sendo, entendemos que a culpa de uma pessoa enlutada difere da de uma melancólica. Como acabamos de ver, a culpa do melancólico ocorre por conta da recriminação que o superego exerce ao ego identificado ao objeto ambivalentemente amado. Já a culpa no luto é emprestada da neurose obsessiva e não ocorre a incorporação típica na melancolia. O ego sente-se culpado porque o superego o julga por um ato cometido pelo id - a destruição do objeto, aqui também, ambivalentemente amado.

Neste ponto, é importante notar a contradição ou mudança que Freud faz. Em seu "Rascunho N" (1897) escreve que o acusar-se da morte de pessoa amadas, ou seja, culpar-se é uma característica da melancolia. No entanto, como vimos em "Luto e melancolia", tanto o luto quanto a melancolia apresentam esta característica que o autor, primeiramente, relaciona apenas à melancolia. Será que o autor muda de idéia ou aponta para a possibilidade de uma culpabilização extrema e sem desfecho levar apenas à melancolia? Nesta linha de raciocínio, Carneiro (2005)

---

<sup>22</sup> No texto de Freud (1928) "Dostoiévski e o parricídio" em alemão da edição *Gesammelte Werke* do Fischer Verlag, não há o uso da palavra melancolia. Na edição em português da Editora Imago, neste mesmo texto, aparece no lugar de "sterben müsste", o que significa "precisar morrer" (tradução da autora), a palavra melancolia. Assim, não utilizaremos este texto para ilustrar a melancolia em Freud como havíamos feito na banca de qualificação desta dissertação.



coloca sobre uma melancolização do luto, assim como Cremasco e Thielen (2010) apontam para uma identificação do enlutado com o objeto perdido para, dessa forma, continuar com o objeto perto de si, impedindo-se de viver. Esta linha de raciocínio segue Freud (1923) que aponta para a identificação com o objeto como única e paradoxal possibilidade do objeto ser abandonado, o que também aparece nos relatos clínicos de pacientes que perderam seus filhos. Além disso, em alguns momentos, as mães analisadas apresentam estados mais melancólicos. Importante lembrarmos que a hipótese deste trabalho é que o sofrimento das mães que perderam um filho pelo suicídio trata de uma perda narcísica de ordem melancólica. Deste modo, a perda de um filho, narcisicamente investido, mais o golpe (narcísico) de perdê-lo pelo suicídio poderia, dependendo da forma como o psiquismo de cada mãe se estruturou e traumatizou-se, levar a uma impossibilidade de simbolização desta perda - melancolia -, ou a um estado que momentaneamente não possibilita a elaboração do objeto amado como perdido, estado este que poderíamos chamar de melancolização, ou a uma elaboração da perda, o luto. Será que era de uma melancolização que Freud (1917) estava falando? O que seria esta melancolização? Para tanto, vamos falar, primeiramente, do trauma que, como vimos, relaciona-se com a melancolia. Será que este também se relaciona com a melancolização?

#### 4.1 TRAUMA

Fulgencio (2004) escreve como o trauma é inicialmente analisado por Freud, em sua obra, através de suas histéricas. Entende que elas sofriam em decorrência de traumas emocionais, também sexuais, que lhe ocorreram em fases primárias de seus desenvolvimentos psíquicos e biológicos. Acredita, primeiramente, que suas pacientes haviam sido realmente seduzidas sexualmente para, após análise, compreender que sua teoria da sedução fazia parte da realidade psíquica de suas pacientes que, sobretudo, fantasiavam essas seduções, que constituíam o núcleo de seu trauma psíquico. Nesse momento, passa a acreditar que se trata de uma sedução no campo sexual e não também no emocional, como acreditava antes.

Fulgencio (2004) aponta para a importância da teoria da libido, em Freud, para se compreender a teoria de trauma. Com a teoria da libido, trauma se

configura, a partir de então, como um excesso de libido, um além de possibilidade de simbolização para o psiquismo, algo que invade o psiquismo e não possibilita sua inscrição e sua simbolização. É um excesso instintual e libidinal, excitação do tipo sexual/erótica, que não pode encontrar descarga devido às renúncias exigidas pelos pais, posteriormente, pela cultura e pelo seu desenvolvimento psíquico, por exemplo. Assim, o psiquismo não funciona apenas pelo princípio do prazer que exige a descarga de todo excesso, de todo desprazer.

O autor escreve ainda que, em Freud, para o acontecimento se tornar traumático, ele precisa passar por dois momentos. Primeiro, uma situação de excitação que não pôde ser totalmente descarregada - trata-se de uma cena sexual que a criança não, necessariamente, sente como tal - e que se torna apenas traumática a partir da vivência de uma segunda situação posterior - a criança já passou por certas fases de seu desenvolvimento que a permitem significar sua sexualidade, dando à cena um cunho erótico - que, de alguma forma, liga-se a primeira e ressignifica-a, tornando-a traumática por lhe dar um significado sexual.

Freud, em 1920, escreve o artigo "Além do princípio do prazer", no qual, assustado com as atrocidades da Primeira Guerra Mundial, volta-se à neurose traumática, em específico, pois não compreende porque nos sonhos destes traumatizados as maiores atrocidades são revividas. Repetir um desprazer não pode ser uma realização de desejo. O autor descreve-a com sintomas físicos que, segundo o próprio autor, assemelham-se muito às conversões histéricas. Para ele, a neurose traumática não pode ser causada por uma situação de medo ou ansiedade, mas só por um susto, uma situação inesperada ao psiquismo que causa uma grande excitação, não possível de ser descarregada. Além disso, na neurose traumática ocorre, juntamente com o susto, um ferimento físico que atua puxando as excitações para si, atenuando o surgimento da neurose. O fluxo de excitação circula, então, desde a parte periférica que representa o órgão até a parte central do psiquismo.

O trauma seria, para Freud (1920), uma invasão de excitação provinda do exterior que ultrapassa o escudo protetor do psiquismo, fazendo com que a energia ligada fique livremente flutuante. Quando isso ocorre, todas as medidas protetoras são colocadas em ação, o princípio de prazer é colocado de lado, pois não dá conta de eliminar este excesso, e tenta-se vincular a energia em livre circulação para, assim, desvencilhar e descarregar as excitações. Por conta do susto, o aparelho psíquico não está preparado, não está hipercatexizado, para receber uma alta taxa

de excitação e transformá-la em energia ligada. Dessa forma, o psiquismo é inundado por uma alta taxa de excitação que não consegue vincular e que, por conta de sua violência mecânica, como coloca Freud (1920), libera também excitação sexual, tornando esta situação traumática.

Em nosso psiquismo, é normal termos energia livremente móvel, representação do processo primário, e vinculada, processo secundário. É tarefa dos processos mais desenvolvidos do psiquismo transformarem a energia não-vinculada em vinculada. Caso isso não ocorra, ou caso a energia se torne desvinculada novamente, por conta de um excesso de excitação, e não seja possível reverter o processo, temos a possibilidade de instauração de um trauma, a repetição constante do sofrimento. Como o trauma tem como consequência deixar a energia desvinculada, colocando o princípio do prazer de lado, entendemos, a partir da segunda tópica de Freud, que o instinto de morte fica desvinculado de Eros, tentando levar o sujeito ao inanimado, repetindo, com isso, o desprazer vivido.

Em 1926, Freud, baseado na teoria que estava desenvolvendo sobre a angústia como uma reação a uma situação de perigo, escreve que a neurose traumática seria decorrente, então, de um medo da morte, uma tentativa de afastar o ego do perigo. Isso explicaria os sonhos traumáticos. Eles seriam uma forma do psiquismo se preparar para a situação já ocorrida e "desfazer" o traumático. A angústia seria criada nesse momento de super excitação. Nesse ponto, o psicanalista faz uma diferenciação entre situação traumática e de perigo. A primeira situação seriam as situações de desamparo não antes vividas, tanto em relação a perigos reais quanto intuituais, enquanto que as segundas seriam situações já vividas e que, por isso, são sinalizadas como perigo. A angústia aparece na primeira como reação ao trauma e na segunda aparece como sinalizadora do perigo. Nesta segunda situação, portanto, o ego revive e prepare-se, através da angústia, para a situação traumática de forma ativa e menos intensa que a original. Reviver a situação tem o intuito de preparar o psiquismo para caso o sinal de perigo tenha razão e uma nova situação desprazerosa aconteça.

Consequentemente, entendemos que a primeira vez que uma criança se traumatiza pela perda de um objeto é no momento em que sente necessidade e não pode ser satisfeita pela pessoa que teria este poder. Por conseguinte, entendemos que, por deslocamentos posteriores, a perda de um filho pode se tornar traumática para uma mãe. Esse trauma ocorre por muitos motivos. Um filho representa, tanto

imaginária como simbolicamente, partes de sua mãe, e, por isso, não é possível se preparar totalmente para esta morte, pois não se tem como imaginá-la por completo, como Freud (1915) nos explica em "Reflexões para os tempos de guerra e morte". A morte de um filho pode causar um grande susto a uma mãe, não dando tempo ao seu psiquismo de se preparar, hipercatexizar-se. O psiquismo, desprotegido e desamparado, não consegue lidar com o excesso de energia que o invade, podendo causar um traumatismo. Ademais, um filho por representar partes de sua mãe, quando ele morre, pode se tornar um reviver da castração da mãe, gerando, além das já antigas angústias que são ativadas com essa perda, novas angústias. Um filho pode ocupar o lugar do que se perdeu, preencher um vazio. Então, ao perdê-lo, esse vazio volta a aparecer como um excesso que invade o psiquismo, um traumatismo que desestrutura.

Verztman (2002) escreve que para Freud um traumatismo pode levar a uma quebra da coesão egóica e transformar esta instância em dois núcleos identificatórios distintos, gerando uma fenda narcísica no ego com duas respostas diferentes ao trauma. Segundo este autor, Freud entende que o trauma pode levar a uma clivagem, uma divisão psíquica, mas que difere da divisão psíquica estrutural do sujeito. A cisão traumática ocorre no ego e não no id como é o caso da divisão que estrutura o psiquismo. Verztman (2002) acredita que Freud se baseou na teoria de Ferenczi para desenvolver sua teoria da clivagem. Para melhor compreender, escreveremos, agora, sobre este psicanalista.

Sándor Ferenczi, um dos discípulos de Freud, dá uma grande contribuição à teoria do trauma para a psicanálise. No entanto, para falar sobre sua teoria do trauma, vamos primeiro explicar o conceito de introjeção e incorporação.

Em 1909, o autor escreve seu trabalho sobre "Transferência e introjeção", no qual explica que a introjeção, e a transferência como seu protótipo, é um mecanismo dos neuróticos. Os neuróticos tendem a alargar seus egos, a trazerem para dentro de si o objeto externo "para fazê-lo objeto de suas fantasias conscientes e inconscientes" (FERENCZI, 1909, p. 84). Fazem isso com o intuito de diluírem e atenuarem a energia livremente flutuante dos impulsos que não encontraram plena satisfação por conta do complexo de Édipo, por exemplo. O neurótico faz isso por intermédio de introjeções e consegue, com isso, amar e odiar os objetos identificados, introjetados, em seu ego. O processo de introjeção e transferência se

relacionam, pois correspondem ao mesmo mecanismo: transfere-se aquilo que se introjeta e introjeta-se o que se transfere.

Já a incorporação, como nos explicam Abraham e Torok (1987), envolve uma não simbolização dos objetos. Os autores complementam que a incorporação fala de uma fantasia e a introjeção de um processo. A realidade seria tudo aquilo que age no psiquismo para impor uma mudança tópica, como é o caso de uma introjeção. A fantasia é, assim, o oposto. Ela não pretende nenhuma mudança, ao contrário, ela pretende resistir a uma mudança, ela pretende manter e guardar um desejo intacto e escondido, recalcado. A incorporação denuncia uma impossibilidade de se introjetar, denuncia a recusa de uma perda, de um luto. A incorporação envolve, dessa forma, uma desmetaforização de se curar de forma mágica: engole-se o "alimento" para não se admitir uma perda, para não se elaborar uma perda.

O psicanalista húngaro explica que a introjeção é um processo da constituição do sujeito, assim como a projeção. O indivíduo projeta para o mundo externo partes de si e, com isso, constitui seu mundo externo. Contudo, partes projetadas ao mundo externo não se deixam projetar facilmente e o ego as introjeta para seu ego novamente. Essa seria a primeira introjeção. As sensações autoeróticas como a saciedade se transferem para a pessoa que realiza esse prazer à criança como, por exemplo, sua mãe. Esse primeiro amor deslocado de seu autoerotismo, essa primeira introjeção, é base de todas as próximas transferências. O amor objetal, esse amor à mãe e assim em diante, só ocorre com a introjeção, a identificação.

Resumindo:

Eu descrevi a introjeção como a extensão ao mundo externo do interesse, auto-erótico na origem, pela introdução dos objetos exteriores na esfera do ego. Insisti nessa "introdução", para sublinhar que considero *todo amor objetal* (ou *toda transferência*) como uma extensão do ego ou *introjeção*, tanto no indivíduo normal quanto no neurótico (e no paranóico também, naturalmente, na medida em que ele conservou essa faculdade). (FERENCZI, 1912, p. 181, itálico do autor)

Voltemos ao trauma. Para Ferenczi, a consequência de uma situação traumática é uma clivagem do psiquismo e, como nos lembra Verztman (2002), a clivagem é uma introjeção que não foi possível de ocorrer - o que ocorre é uma introjeção forçada, uma identificação com o agressor e sua culpa. A clivagem ocorre para separar o traumático do psiquismo para, com isso, diminuir o sofrimento insuportável da situação traumática. Ferenczi (1931) explica que o que torna uma

situação traumática patológica é como ela é recebida por um terceiro, se esta pessoa irá acolher ou não o ocorrido. Caso este terceiro negue a situação, isso produzirá um desmentido, a clivagem, o trauma. Esse traumatismo e possivelmente outros serão clivados e comportar-se-ão como átomos fragmentados um dos outros, sem comunicação. A consequência imediata do traumatismo é a angústia, como um sentimento de inadaptação ao desprazer, podendo encontrar seu fim pela via da autodestruição, acabando com a coesão do psiquismo (FERENCZI, 1932).

Em 1932, Ferenczi escreve que o choque que uma situação traumática gera significa a aniquilação do sentimento de segurança de si do ego e leva a uma comoção psíquica, a um desmoronamento egóico. Assim, o ego não consegue resistir, não consegue se defender, pois nunca imaginou que algo deste molde poderia lhe acontecer. Não estava preparado para tal situação. Invaso por algo com o que não consegue lidar, não entende, realiza uma "clivagem narcísica", separando o que lhe causa desprazer. Verztman (2002) escreve que a clivagem é tão bem sucedida que o fragmento, ou os fragmentos, não se integram como um todo, uma unidade narcísica. Como escreve Ferenczi (1933), há uma "confusão de línguas [...]" (p.111) que faz com que os fragmentos formados não se reconheçam entre si, mas se choquem, criando sintomas - diferente da teoria freudiana que, segundo Verztman (2002), vê dois núcleos totalmente separados e que não se chocam entre si. Os sonhos traumáticos seriam, então, uma forma de resolver o trauma, de revivê-lo para amenizar o sofrimento, seriam uma forma de ressignificar o material clivado (FERENCZI, 1931). Outra forma de aparecer o material clivado poderia ser através de uma projeção da clivagem em algo como, por exemplo, um cachorro, como no caso de uma das mães que perdeu seu filho pelo suicídio.

Ferenczi, para falar de sua teoria do trauma, utiliza-se de um abuso sexual em uma criança cometido por um adulto<sup>23</sup>. No entanto, escrevemos acima de forma generalizada sem especificar a questão do abuso sexual infantil, pois entendemos que sua teoria não se trata apenas de um trauma decorrente de um abuso sexual,

---

<sup>23</sup> Resumidamente, a teoria ferencziana do trauma (1933) diz o seguinte: Uma criança é abusada sexualmente por um adulto. A criança, por não apresentar a mesma linguagem que o adulto - a linguagem da criança é a da ternura, sem componentes eróticos e de culpa, enquanto que a do adulto é passional, cheia de amor, ódio, culpa, sexualidade -, não entende este ato como algo sexual e leva o abuso de forma lúdica. Todavia, sente medo e sente-se sem defesa com seu psiquismo ainda frágil. Quando este medo atinge seu auge, a criança não vê outra saída a não ser se identificar com seu agressor e realizar uma introjeção forçada. O trauma, no entanto, como nos lembra Verztman (2002), surge do desmentido que a não compreensão, a negação, de um terceiro causa em relação ao que a criança relata sobre o acontecido.

mas sim de uma clivagem, um curto-circuito de sentido, que se forma através de uma onipotência introjetiva pelo fato de não encontrar suporte em seu mundo (VERZTMAN, 2002). Ou seja, frente a um excesso o sujeito não encontra nenhum apoio no mundo externo ou em seu mundo simbólico e a única saída que encontra para se defender é a introjeção forçada, a incorporação.

O que torna traumática a situação, não é a situação em si, mas sim o não suporte perante o ocorrido, ao choque. No caso de uma de nossas mães, poderíamos dizer que não apresenta aparato simbólico prévio à morte do filho que dê conta da assimilação de uma perda desta ordem. Assim, não suportando este sofrimento que a invade, essa energia não-ligada, sem palavras que signifiquem esta perda e que lhe dê um suporte, acaba por incorporar seu filho que se suicidou. Isso significa dizer que, frente à impossibilidade de simbolização, esta mãe se identificou<sup>24</sup> ao seu filho, gerando uma clivagem.

Além disso, Ferenczi fala da incorporação da culpa do agressor. Entendemos que isto acontece com esta mãe que se traumatizou com a perda de seu filho. Ao realizar a clivagem, incorpora a culpa de seu filho, que podemos presumir ser imensa<sup>25</sup>. Importante ressaltar que, como Ferenczi (1933) escreve, o material clivado se choca entre si. Isso explica porque essa mãe, apesar de ter muita dificuldade em falar de seu filho - seria mais uma impossibilidade do que uma dificuldade, pois a clivagem não permite total acesso às memórias -, ainda assim consegue falar dele. Ele não sumiu de sua cadeia significante.

Então, perder um filho pelo suicídio pode ser traumático, pois, além de ser impossível para uma mãe representar inconscientemente que partes de si, seu filho narcisicamente investido, possa morrer, um filho se suicidar, tirar sua vida voluntariamente, pode significar que fracassou como mãe, falhou narcisicamente em seu papel materno em "dar a vida", gerando uma falta narcísica ainda maior. Isso pode ter como consequência um trauma que desestrutura o psiquismo como, por exemplo, uma melancolia ou uma melancolização.

---

<sup>24</sup> Verztman (2002) aponta para a relação desta identificação com a identificação narcísica de Freud.

<sup>25</sup> Sobre como pode ocorrer um suicídio, segundo Freud, falaremos nos capítulos seguintes.

## 4.2 MELANCOLIZAÇÃO

Jean Allouch (2004) escreve que Freud (1917) acredita em uma substituição do objeto amado, dando ao luto uma versão romântica. É romântica, pois Freud (1917), primeiramente, coloca que há um reencontro com o objeto amado no psiquismo e, posteriormente, fala em uma substituição de objeto. No entanto, Allouch (2004) adverte que, se retiro a libido antes investida em um objeto e invisto-a em outro, isso diz de um mesmo objeto para o psiquismo. Assim, não há uma separação com o objeto perdido na realidade, mas sim um novo encontro. Com essa concepção, Freud (1917) admite uma "satisfação pulsional carnal" (ALLOUCH, 2004, p. 145), admite uma não morte do objeto de amor.

O autor chega à conclusão que Freud (1917) em seu artigo "Luto e melancolia" não apenas usa o luto como fator de comparação para resolver a questão da melancolia, mas também os aproxima, pois tanto para o luto quanto para a melancolia concebe, sem querer, a idéia de que o objeto permanece vivo para o sujeito. Assim, "o luto freudiano é melancólico" (ALLOUCH, 2004, p. 169) e romântico pelo fato de Freud (1917) fazer acreditar ser possível um reencontro com o objeto, uma não mudança de objeto. Deste modo, Allouch (2004) acredita em um luto melancólico por não conceber uma substituição de objeto em mortes de pessoas muito próximas e amadas como um filho. Concordamos com Allouch, mas propomos uma melancolização e não um luto melancólico. Explicaremos o porquê a seguir.

Entendemos, segundo Abraham (1924), que só podemos falar de melancolia se os cinco pontos acima citados estiverem presentes (1. Uma exacerbação do erotismo oral; 2. Uma fixação da libido no estágio oral; 3. Desapontamentos amorosos na infância, levando a uma ferida narcísica; 4. Estes desapontamentos amorosos precisam ocorrer antes do complexo de Édipo ser superado; 5. Repetição do desapontamento amoroso infantil na vida adulta). Deste modo, Abraham (1924) relata um caso de um paciente que, apesar de realizar uma incorporação oral-canibalesca temporária ao perder sua esposa, não é melancólico. Quando o paciente realizou esta incorporação, foi como se o objeto perdido não estivesse mais perdido e continuasse vivo dentro do sujeito. O processo de luto do paciente passou de uma atitude de não ingerir alimentos, e, dessa forma, morrer, para uma atitude de



restabelecer a vida de sua esposa dentro de si e, com isso, restabelecer sua vida. Contudo, esse processo já não seria uma melancolia?

Respondendo esta questão, Abraham e Torok (1987) explicam que uma incorporação trata da perda de um objeto de significado narcísico, mas não é necessariamente um mecanismo único da melancolia: "*Só pode se tratar da perda súbita de um objeto narcisicamente indispensável, enquanto que esta perda é de natureza a proibir sua comunicação. Em qualquer outro caso, a incorporação não teria razão de ser*" (p. 247, itálico dos autores). Apontam que nem todas as perdas narcísicas levam a uma incorporação, apenas aquelas que não podem ser ditas, que não podem ser perdidas, por conta de um ato vergonhoso, por exemplo. Assim, estas perdas são incorporadas e, com este ato, elas não ocorrem. O objeto perdido continua dentro do sujeito e tudo o que não pode ser falado fica dentro desta cripta, este túmulo secreto, instalado dentro do ego do sujeito. Por isso que a incorporação é secreta: ela não aceita a perda, ela a nega, então, nada se pode saber sobre ela. Este mecanismo de incorporação, porém, não ocorre sem nenhuma consequência para o ego. Ele deve ser punido pelo crime cometido.

Para que ocorra a incorporação e instale-se a cripta, uma causa real e traumática deve ter acabado com o amor, algo de vergonhoso deve ter sido feito por um objeto que desempenhava o papel de ideal do ego do sujeito e deve haver a negação de se introjetar a perda deste ideal (ABRAHAM; TOROK, 1987). Podemos ver isso no caso de Ivone, uma das mães que perdeu seu filho pelo suicídio. Um ato vergonhoso feito por um objeto extremamente importante, narcisicamente falando, que se encontra no lugar de seu ideal leva a uma recusa de introjetar a perda, nega-se a perda, não se coloca em palavras a perda, não se metaforiza a perda.

Conforme os autores, a incorporação tem uma tarefa importante: proteger o ego. A incorporação evita que se simbolize, que se aceite, que se dê conta de uma perda indizível, insuportável para o sujeito, pois representa uma perda de seu ideal de ego. Isso ocorre com Ivone, pois está decepcionada com este objeto idealizado e, para manter esta relação intacta, defende-se com uma incorporação. É como se este mecanismo de incorporação servisse para preservar a relação com o objeto perdido. A incorporação oral juntamente com a identificação<sup>26</sup> narcísica ao objeto – para acrescentarmos o que Freud (1917) escreve sobre os processos da melancolia

---

<sup>26</sup> Lembrando que Freud (1923) escreve que a única forma do id abrir mão de um objeto é identificando-se a ele.

– e a perda do objeto, sem uma predisposição narcísica, não poderíamos chamar de melancolização?

Aqui, um parêntese para explicarmos o que entendemos com 'predisposição narcísica':

Uma ou duas coisas podem ser diretamente inferidas no tocante às precondições e aos efeitos de um processo como este [melancolia]. Por um lado, uma forte fixação no objeto amado deve ter estado presente; por outro, em contradição a isso, a catexia objetal deve ter tido pouco poder de resistência. Conforme Otto Rank observou com propriedade, essa contradição parece implicar que a escolha objetal é efetuada numa base narcísica, de modo que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder para o narcisismo. A identificação narcísica com o objeto se torna, então, um substituto da catexia erótica, e, em consequência, apesar do conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa. [...]. Ele [mecanismo substituição da identificação pelo amor objetal] representa, naturalmente, uma *regressão* de um tipo de escolha objetal para o narcisismo original. [...]. A conclusão que nossa teoria exigiria - a saber, que a tendência a adoecer de melancolia (ou parte dessa tendência) reside na predominância do tipo narcísica da escolha objetal - infelizmente ainda não foi confirmada pela observação. (FREUD, 1917, p.255, itálico do autor)

Relacionando este excerto do texto de Freud (1917) com a teoria que desenvolvemos anteriormente de Abraham (1924), Abraham e Torok (1987) e Lambotte (1997), podemos compreender que esta 'predisposição narcísica' se trata de um abandono libidinal de um objeto narcisicamente importante que causou um trauma em um psiquismo ainda em desenvolvimento, ainda se estruturando. A melancolia seria, assim, a consequência de um trauma infantil narcísico que se 'ativa' toda vez que um abandono, um trauma, desta ordem se repete. No entanto, o que estamos propondo nesta parte da dissertação é a possibilidade de uma melancolização, ou seja, um estado decorrente de um trauma atual como é a neurose traumática que Freud (1920) descreve.

Carneiro, Figueiredo e Pereira (2006) apresentam uma teoria sobre a melancolização a partir de um caso de histeria:

A melancolização indica um estado, um primeiro momento que o sujeito atravessa após a perda do objeto investido, na tentativa de uma elaboração subjetiva de suas perdas, este processo é anterior ao luto e à melancolia. A partir desta passagem é que o paciente buscará uma mudança de posição como uma saída, seja ela para alcançar o luto, re-significando o vazio deixado pelo objeto desinvestido, ou para permanecer na condição de ser melancólico, isto é, numa repetição que mantém o objeto junto a si. (p.24).

As ideias de Abraham (1924), Abraham e Torok (1987) e a de Carneiro, Figueiredo e Pereira (2006) não expressam exatamente a mesma questão, mas podemos entender que o mecanismo da incorporação no paciente de Abraham precisou ocorrer para, posteriormente, possibilitar a simbolização, o luto, de sua esposa, ou seja, a incorporação foi um processo anterior ao luto, exatamente o que os autores brasileiros apontam em seu excerto acima sobre a melancolização. No entanto, entendemos que o estado de melancolização não envolve uma predisposição narcísica (FREUD, 1917), um abandono infantil (ABRAHAM, 1924) ou a deserção do desejo do Outro (LAMBOTTE, 1997). A melancolização seria um estado que não permite, momentaneamente, a simbolização de uma perda. Esta perda, por dizer de algo impossível e insuportável de ser perdido, não permite uma introjeção, levando a um processo de incorporação e identificação parciais deste objeto 'perdido' ambivalentemente amado. Caso este estado apresente uma predisposição narcísica, estamos, na realidade, falando de uma melancolia, caso não apresente, pode levar a um processo de simbolização, de luto, que pode se sobrepor ou advir de uma histeria, como Carneiro, Figueiredo e Pereira (2006) escrevem.

Consequentemente, devemos ressaltar que, se ocorre uma identificação do ego com partes do objeto e uma incorporação destas partes, o ego da pessoa se modifica. Como Freud (1917) e Abraham (1924) colocam, o objeto pode ser incorporado como um todo em seu ego. No caso de uma melancolia, ocorre uma identificação total do ego com o objeto, no entanto, na melancolização colocamos a hipótese de que a identificação não é completa, mas sim parcial – Abraham (1924) nos mostra casos de incorporação parcial. O ego passa a ser tratado em partes como o objeto, ou seja, o ego foi alterado. Ocorreu uma dessexualização e desfusão instintual que deixa o instinto de morte livre, podendo levar a um suicídio como no caso de histeria que os autores brasileiros se referem. As autoacusações, agora, são voltadas ao objeto incorporado.

Estabelecendo esta relação da melancolização com a incorporação e identificação, podemos nos questionar se o trauma, por envolver, segundo Ferenczi, uma identificação e incorporação, uma introjeção forçada, não seria melancólico ou melancolizado?

Para tanto, precisamos estabelecer diferenças e semelhanças entre melancolia, melancolização e trauma. O trauma, para Freud, envolve um excesso de

energia que invade o psiquismo não preparado para tal excesso, não podendo ser simbolizado. A perda de um objeto amado pode, então, levar a um trauma, se este objeto for responsável por diminuir as excitações da criança, por exemplo. Relacionando o que Freud, Abraham e Lambotte escrevem sobre a melancolia e sobre o que o psicanalista austríaco desenvolve sobre o trauma, podemos entender o melancólico como um sujeito traumatizado, que em sua infância, no momento de seu narcisismo, foi abandonado, foi decepcionado e com esse fato se traumatizou.

Além disso, com Ferenczi compreendemos que o traumático não é, necessariamente, a situação em si, mas o fato desta situação ser tratada como um não ocorrido, uma mentira, um desmentido que, por isso, é clivado. Acrescentando a isso, Abraham e Torok (1987) escrevem que para a melancolia ocorrer, um trauma anterior aos sentimentos de ambivalência precisa ter ocorrido e isto leva a uma incorporação de algo que não pode ser dito. Posteriormente, a cripta envolta do objeto incorporado, a clivagem, precisa se desfazer para que, com isso, o ego e o objeto em conserva virem uma coisa só e a melancolia se instaure. Novamente, uma relação do trauma e a melancolia, e, aqui também, a melancolia como consequência do trauma.

Entendemos que o melancólico é um sujeito traumatizado, mas não podemos falar que todo trauma é melancólico. Apesar de ocorrer a incorporação e identificação no trauma, é preciso que algo na mais tenra infância tenha se perdido, isto é, precisamos de um desapontamento no narcisismo da criança, um trauma narcísico infantil, para podermos falar em melancolia. Todavia, nem todo trauma diz de um trauma infantil. Se analisarmos as teorias de trauma e melancolia supracitadas, compreendemos que a incorporação e a identificação com o objeto 'perdido' não ocorrem apenas em traumas antigos da época da estruturação do psiquismo do sujeito, mas também em traumas atuais - neurose traumática de Freud (1920), por exemplo. Dessa forma, um trauma atual decorrente de uma perda narcísica de um objeto idealizado, como Abraham e Torok (1987) nos descrevem, sem um traumatismo narcísico infantil prévio, leva a uma incorporação parcial e conseqüentemente a uma melancolização que, por conta de sua semelhança com a melancolia, para ocorrer, pede a quebra da cripta envolta do não dito, instaurada com o trauma. Assim, propomos que certos traumas levam a um estado de melancolização e não melancolia - ou seja, aqui, novamente, está errado falar que o

trauma é melancolizado. O que entendemos é que a cripta que sustentava o material traumático começa a ruir, levando a um estado de melancolização.

Como estamos falando em trauma, algo impossível de ser elaborado, pelo menos momentaneamente, invadiu o psiquismo e a incorporação parcial entra como forma de defesa psíquica a esta perda impossível, deixando que o objeto amado continue idealizado. O que é incorporado é apenas a parte indizível da perda. Para seguirmos o tema desta dissertação, esta perda impossível de ser aceita pode ser a de um filho narcisicamente amado que cometeu suicídio, uma forma de morte que pode ser indizível para uma mãe. Deste modo, esta perda é incorporada parcialmente e, por isso, não é metaforizada. Caso a cripta que envolve a incorporação comece a quebrar, não poderíamos dizer que teríamos uma melancolização e não uma melancolia pelo fato do trauma que, aqui, estamos falando ser atual e não a atualização de um infantil? Assim, é importante ressaltarmos que a presença da identificação narcísica e a incorporação do objeto perdido não são sinônimos de uma melancolia. Estes mecanismos podem significar a presença de um estado de melancolização que difere da melancolia pelo fato de não apresentar uma incorporação total e um trauma narcísico. Este estado não é a repetição de um trauma infantil disparado por uma perda atual e permite que a perda seja elaborada em um trabalho de luto posterior.

Quando a cripta de uma melancolização se rompe, como se trata de uma incorporação parcial, o ego não é identificado completamente ao conteúdo da cripta, mas ele tende a se identificar a este conteúdo que estava separado até então, este não-eu, e transformá-lo, por meio de uma identificação narcísica, em eu. Este processo pode ser desestruturante e levar a um suicídio, como nos mostra o caso de Carneiro, Figueiredo e Pereira (2006), porém, pode permitir que o ego se estruture e consiga introjetar a perda em uma experiência. Dessa forma, por ser um estado passageiro, desencadeado por um trauma atual, não remetendo a um trauma sexual infantil, a melancolização se aproxima das neuroses atuais de Freud e, também, da neurose traumática.

Como Cardoso (2011) escreve, a neurose de angústia, uma neurose atual, fala de um excesso de energia sexual somática que não consegue representação psíquica de forma semelhante à neurose traumática que Freud (1920) descreve: um excesso de energia que irrompe o psiquismo e não consegue ser ligado. Assim, a autora nos mostra como nestas neuroses que apresentam uma dimensão da

'atualidade' já vislumbravam o que Freud iria desenvolver, em 1920, sobre a compulsão à repetição de conteúdos que, temperados pelo instinto de morte, não encontram ligação a novos conteúdos, ou seja, não ocorre uma fusão instintual entre Eros e Thanatos:

Quando o aparelho psíquico é atingido por quantidades excessivas de energia instintual (sem ligação), defesas arcaicas são acionadas como tentativa extrema de manutenção da vida psíquica. Não há aqui o que recordar, somente o que repetir. (CARDOSO, 2011, p. 75).

Deste modo, as neuroses atuais, da mesma forma que a neurose traumática e a melancolização, que propomos neste trabalho, ocorrem sob o registro de uma atualidade, diferentemente das psiconeuroses. Estas "neuroses" - que poderíamos chamar de estados, por conta de sua dimensão de atualidade - apresentam, cada uma de sua forma, um excesso de energia não ligada que aciona defesas arcaicas como a incorporação total ou parcial, levando o psiquismo a uma não elaboração deste excesso que, por isso, tende à repetição até que o psiquismo consiga elaborar, simbolizar, metaforizar este excesso, isto é, a repetição ocorre até que seja possível uma introjeção.

Portanto, para terminarmos este capítulo, vemos como o luto e a melancolia se relacionam o tempo todo. Apresentam mecanismos semelhantes, como a melancolização, a culpa e a angústia, mas diferem em sua metapsicologia. Assim, a melancolização pode ser o que aproxima o luto da melancolia, algo que observamos no grupo "Amigos Solidários na Dor do Luto". As mães apresentam, em muitos momentos, uma impossibilidade de simbolizar sua perda, mas, com o tempo, conseguem elaborá-la e metaforizá-la, diferentemente de um melancólico. O melancólico não suporta psiquicamente a perda do objeto, por isso, nega e não aceita sua morte. Assim, a perda do objeto não é elaborada, não é simbolizada. Como colocam as mães que perderam um filho pelo suicídio, perder um filho é inimaginável, é muito doloroso. Perder um filho é tão intenso que pode remeter a uma perda narcísica muito grande que pode levar a uma melancolia e uma culpabilização extrema. Analisaremos no próximo capítulo porque a morte de um filho pode ser tão sofrida.

No início deste capítulo, vimos como na Antiguidade a melancolia é ligada ao sofrimento e tristeza, decorrendo de uma predisposição natural à bilis negra, um humor. Posteriormente, na Idade Média, ainda ligada à teoria dos humores, a

melancolia não é mais vista como uma predisposição natural. É só no Renascimento, continuado pela modernidade, que a melancolia passa a ser analisada de forma fenomenológica, dando os instrumentos necessários para Freud, no século XX, realizar uma metapsicologia desta afecção.

A psicanálise freudiana analisa, inicialmente, a melancolia por um viés biológico, colocando-a como um acúmulo de tensão sexual psíquica que pode ser ligada à angústia, por ocorrer entre o psíquico e o somático. Após aproximadamente 20 anos de trabalho, Freud (1917), com a introdução de certos conceitos como narcisismo e ideal de eu, concebe uma concepção metapsicológica da melancolia. Agora a melancolia, uma neurose narcísica, é a contraposição patológica de uma reação à perda de objetos amados, o luto, por conta de uma identificação narcísica. Analisamos também autores como Abraham e Lambotte que dialogam com Freud sobre a melancolia, apresentando contribuições, principalmente, no que se refere ao trauma, à decepção, vivida na infância destes pacientes. Por fim, o conceito de melancolização se mostra distinto da melancolia o que possibilita um diálogo com o luto. Entendemos que um paciente enlutado pode muito bem passar por um estado de melancolização sem ser melancólico. Nos próximos capítulos veremos essa questão na prática clínica.

## 5 LUTO MATERNO E O SUICÍDIO

### 5.1 RELAÇÃO MÃE E FILHO: UMA QUESTÃO DA FEMINILIDADE

Todas as mães que atendo<sup>27</sup> no consultório e que acompanho no grupo "Amigos Solidários na Dor do Luto" que perderam seus filhos tanto pelo suicídio tanto por outros motivos falam que não há perda pior no mundo que a de um filho. A perda real de um filho faz um furo no psiquismo dessas mães. Muitas falam que agora não vivem mais, apenas vão levando suas vidas. O sentido da vida muda, sendo que para algumas este sentido se torna a morte do filho. O filho morto também começa a aparecer como perfeito e ideal. E a culpa? Enorme! Quase não conseguem conviver com ela. Sentem que poderiam e deveriam ter feito mais pelos seus filhos, cuidado mais, brigado menos, sem falar da culpa que sentem por não terem evitado sua morte. Este sentimento aparece, principalmente, nas mães que os filhos cometeram suicídio. Não se conformam com o que aconteceu e negam o ato até não dar mais. Já é difícil aceitar a morte do filho, agora, aceitar que ele se suicidou, torna-se mais difícil ainda. Para compreendermos mais profundamente essas falas e sentimentos destas mães, faremos uma revisão, guiados pela visão psicanalítica do tema.

A feminilidade sempre foi um enigma para Freud, conseguindo apenas no final da sua obra dar conta de explicar o complexo de Édipo para a menina. Em um de seus primeiros textos, "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", podemos ver como Freud (1905) vai abrindo caminho para falar da sexualidade feminina. Neste texto, explana que o hermafroditismo anatômico natural nos seres humanos leva a uma bissexualidade que vai se transformando em monossexualidade. Freud (1905) indica, assim, a primeira das notáveis teorias sexuais infantis: para as crianças, inicialmente, não há uma distinção entre os sexos - elas identificam apenas o órgão masculino e acreditam que tanto os homens quanto as mulheres o possuem. Mais tarde, a menina percebe que não tem o mesmo órgão genital que o menino e, por

---

<sup>27</sup> Quando falamos em primeira pessoa do singular, é para mostrar que o que se expões são percepções da mestrandia que foi a psicóloga que realizou os atendimentos psicológicos.



isso, inveja-o. Freud (1905) escreve também que a primeira escolha de objeto já é feita na infância, mas só na puberdade esta escolha será confirmada. A do menino seria a mãe e a da menina o pai.

No mesmo ano que escreve sua teoria sobre o superego como herdeiro do complexo de Édipo, dando um desfecho para este complexo no menino, Freud (1923) tenta descobrir o que ocorre com a menina. Dessa forma, em a “Organização sexual infantil” (1923), explica que as crianças percebem sim a ausência do pênis nas meninas, mas, inicialmente, ignoram o fato, colocando que este ainda é pequeno e talvez cresça. Em 1924, Freud em “A dissolução do complexo de Édipo” aprofunda o tema, afirmando que o clitóris na menina se comporta como o pênis nos meninos. Aqui, percebe-se que o que está em relevância é o falo<sup>28</sup> e não os órgãos genitais. Assim, a menina compara seu órgão com o do menino, percebe que este é diferente e sente-se prejudicada (FREUD, 1924), gerando inveja e inferioridade (FREUD, 1925).

Em um segundo momento, quando vêem que o pênis não cresceu, acreditam que o pênis esteve ali, contudo, foi retirado. As meninas, ao aceitarem este fato, ou seja, essa falta, vêem-na como sendo consequência de uma castração e não de uma característica sexual. Para as meninas, a castração é algo consumado, enquanto os meninos a temem (FREUD, 1924). Deste modo, a menina ao perceber que é castrada, dá início ao seu complexo de Édipo (FREUD, 1925).

Freud (1925), mudando o que escreveu em 1905, aponta para o fato de que o objeto de amor inicial da menina é, assim como o do menino, sua mãe. No entanto, quando a menina se dá conta de sua castração, coloca a mãe como culpada de não lhe dar o que tanto deseja e inveja, voltando-se com hostilidade contra a mesma. Freud (1924) coloca que a solução da menina para este dilema é trocar seu objeto de amor para seu pai e fazer uma troca simbólica. Como seu pai também não lhe dá um pênis, passa a desejar um filho deste. Assim, em 1924, Freud também consegue dar um desfecho para o complexo de Édipo na menina: este é lentamente abandonado, ao passo que tanto o desejo de se ter um pênis e um filho de seu pai não são realizados. Ambos os desejos são reprimidos em seu inconsciente, preparando a menina para seu papel futuro, o papel de ser mãe (FREUD, 1924).

---

<sup>28</sup> "Diversas palavras são empregadas para designar o órgão masculino. Se a palavra pênis fica reservada ao membro real, a palavra falo, derivada do latim, designa esse órgão mais no sentido simbólico [...]"(ROUDINESCO; PLON, 1998, p.221)

Freud (1933), em sua "Conferência sobre a feminilidade", acrescenta a sua teoria que um filho teria para uma menina, portanto, uma equivalência fálica. A falta do pênis representado num filho continua com toda força, quando esta menina, no futuro, torna-se mãe. É exatamente esta equivalência simbólica que permite o estabelecimento da feminilidade (FREUD, 1933). A feminilidade está, então, para Freud intimamente ligada com a castração e sua troca simbólica - um bebê. Freud ressalta que um filho homem para uma mãe tem uma representação diferente do que uma filha. Um filho, pelo fato de ter o falo, consegue preencher sua falta simbólica de forma que uma filha menina, que assim como a mãe castrada, não. Dessa forma, fica claro porque para uma mãe é tão difícil a morte de um filho homem. Para ela, como este filho tem uma equivalência fálica, principalmente por ser um menino, esta perda é vivida como sendo uma nova perda simbólica daquilo que lhe dava potência, sentido, valor.

A partir desta elucidação teórica, é possível ampliar a compreensão sobre a dor de se perder um filho. Todavia, não se trata apenas de uma perda real e simbólica, mas também de uma perda narcísica. Sabemos, através de Freud (1914), que uma mãe<sup>29</sup> passa ao seu filho o que é, o que gostaria de ser ou o que gostaria de ter sido, fazendo com que seja possível para este realizar o que ela não conseguiu. Em cada filho, coloca sonhos e desejos diferentes, assim, cada um tem significados diferentes para uma mãe. Ela sonha como seu filho será, antes mesmo dele nascer.

É em "Sobre o narcisismo: uma introdução", que Freud (1914) elucida que os pais tratam seus filhos como uma "Majestade, o bebê" (p.98). Esta fase é muito importante para o bebê, como vimos no capítulo anterior. É nesta fase, através do investimento parental, que a criança desenvolve seu sentimento de onipotência e, por consequência, sua autoestima. Uma mãe, passa ao seu filho nada mais nada menos que seu próprio narcisismo. Um filho é o reviver de seu narcisismo primário, é a imortalidade de seu ego. Não é à toa que uma mãe sente partes de si morrendo, quando um filho morre. Sente a dor de um filho como se fosse a sua, chegando algumas vezes a senti-la de forma mais intensa que sua própria.

Perder um filho leva, como vimos, a uma perda real<sup>30</sup>, simbólica e narcísica para uma mãe. Perder um filho significa um furo na realidade, um reviver de perdas

---

<sup>29</sup> Passarei a me referir à mãe, pois neste trabalho estamos nos focando no sofrimento materno.

<sup>30</sup> Real no sentido freudiano de realidade extrapsíquica.

como a da castração e um golpe no que se acredita ser. Desse modo, é natural que, em seus processos de reação à perda, as mães relembrem seus passados. Uma das mães, Ivone, relembra, constantemente, como foi sua infância e fala de suas perdas, mas nunca consegue aprofundar muito. Jorge (2001) escreve que o luto requer a elaboração de uma perda da mesma forma que o processo de análise. Não seria por isso que esta mãe não consegue ir a fundo em suas perdas, em seu processo de "análise"? Uma mãe entrar em análise, após a perda de um filho, não seria um luto sobreposto a outro luto (JORGE, 2001) que torna consciente, por exemplo, perdas passadas, sentimentos de ambivalência e culpas que se sobrepõem à perda atual? Isso pode ser, neste momento, insuportável ao sujeito que precisa de defesas para se amparar. Neste sentido, Rudge (2001) escreve que a culpa no luto é uma forma do sujeito se proteger narcisicamente da morte e de perdas irreversíveis que mexem com todas as instâncias psíquicas e físicas de uma pessoa. Questionar-se sobre suas culpas pode, então, tirar o que está defendendo a paciente de adentrar em questões intoleráveis. Por isso, o analista precisa tomar muitos cuidados com o processo de "análise" - que, por estes motivos, torna-se mais um processo terapêutico<sup>31</sup> no caso do luto -, quando adentra nas questões da culpa. Não se pode "retirar" as culpas como se arranca um esparadrapo, mas, para que se consiga simbolizar as perdas, é preciso minimamente trabalhar a culpa, pois, ao mesmo tempo em que protege, machuca e prende o sujeito em sua perda.

A ambivalência, que tem na culpa uma de suas consequências, entra em jogo, pois um filho representa parte de sua mãe e não sua mãe por completo. Como Freud (1923) coloca, a ambivalência está sempre presente em uma identificação, ela faz parte das relações humanas. Freud (1915), em sua primeira tópica, considera o ódio como precursor do amor, sendo assim, impossível uma relação sem ódio. Inicialmente, o eu coincide com o prazer enquanto mundo externo e objetos, que causam desprazer, são odiados, tendo só posteriormente identificado alguns objetos como prazerosos, amando-os e introjetando-os em seu eu (narcisismo primário). Agora, os objetos primariamente odiados se tornam amados e encontram-se lado a lado ao eu-prazer. No narcisismo secundário, com suas relações de objeto, o eu continua com este processo de atração e repulsão. As relações de ódio seriam uma forma de defesa antiga do ego de expulsar o que lhe causa desprazer que, mesmo

---

<sup>31</sup> Terapêutico no sentido de diminuir o sofrimento, sem entrar em análises profundas da vida do sujeito.

quando o princípio de realidade se sobrepõe ao de prazer e a forma de defesa se altera, pode ser retomada em momentos críticos.

Freud (1915) acrescenta que o amor pode se transformar em seu conteúdo oposto e primitivo, o ódio. Este último, ou melhor, a repulsa de objetos desprazerosos, por ser uma forma de defesa do ego, estaria sempre ao lado dos instintos do ego, sendo isto a causa dos sentimentos ambivalentes. A explicação a este fato seria que, com o rompimento de uma relação amorosa, os instintos do ego defendem-se com ódio de uma insatisfação decorrente do rompimento com o objeto de amor. Assim, o ódio entra no lugar do amor por retroceder a uma fase sádico-anal, na qual os instintos do ego dominam as pulsões sexuais. Ocorre, dessa forma, uma transmissão do ódio na satisfação destes instintos e este, por conta da regressão de fases, adquire um caráter erótico, continuando a relação de amor com o objeto, agora, torturando-o. Flanzer (2006), baseando-se nas obras de Freud, escreve:

Assim, as relações amorosas caracterizam-se por conterem uma mesclagem com o ódio, determinando para o sujeito a experiência de que, a cada encontro não realizado, a cada investimento não correspondido, a cada desejo não satisfeito, o que se lhe desponta é o mais primitivo e chamuscante ódio. Se, por um lado, o amor não permite sanar a falta irrecuperável do sujeito, em concomitância, o que se deflagra é uma profunda hostilidade dirigida ao objeto. (p.218).

Um filho, naturalmente, não corresponde a todos os investimentos amorosos de uma mãe e não satisfaz todos seus desejos. Compreendemos, com isso, o sentimento de raiva e ódio que uma mãe pode sentir por um filho, que não são aceitos em nossa sociedade. Isso torna a vida psíquica de uma mãe muito difícil, pois a sociedade exige que a mãe seja aquela que sempre cuida e ama incondicionalmente. Imagina como esta mãe fica, quando um filho morre. A culpa é imensa, pois se culpa tanto pelo que sentiu quanto por aquilo que achou que poderia ter feito. Esta última "forma" de culpa se dá devido aos resquícios dos sentimentos onipotentes de que tudo se pode. As mães acreditam que tem o poder de evitar a morte dos filhos e como não conseguiram, sofrem. Uma das mães que atendo fala em todas as sessões que deveria ter feito algo, mas quando pergunto o quê, não sabe me responder.

Relacionando estas questões ao suicídio, coloca-se um agravante. A culpa destas mães encontra um apoio na realidade externa. O suicídio é uma morte que,

diferentemente dos outros tipos de morte, foi planejada e, conseqüentemente, no imaginário destas mães, poderia ter sido modificada. Assim, o sentimento de culpa destas mães pode ser mais severo. Sentem que poderiam ter feito mais para evitar esta morte como, por exemplo, conversar mais com seus filhos ou dar-lhes medicação: "Falta de apoio não foi, né? Se eu tivesse me mudado como ele queria ou se tivesse cuidado dos remédios dele, será que isso não teria acontecido?"

Ademais, o suicídio de um filho é visto por algumas das mães como um abandono do filho. Como colocado anteriormente, caso o amor não dê conta, ou se houver um rompimento com o objeto de amor, o ódio pode entrar em cena no lugar do amor. Dessa forma, além de seus superegos julgarem seus egos por não terem atingido um ideal - sentimento de onipotência -, estas mães são criticadas pelos seus sentimentos ambivalentes em relação a um filho que, de acordo com a sociedade, só se pode amar. O superego como lei internalizada, o externo internalizado, pode ser, então, muito rígido para com o ego, causando sentimento de culpa.

Percebemos que a fala e o sofrimento das mães que perderam o filho pelo suicídio é diferente: inicialmente, não há uma fala; em um segundo momento, tentam desmentir o ato de seus filhos, transformando-os em atos acidentais; e, posteriormente, apontam para um não entendimento de como seus descendentes conseguiram deixá-las desamparadas no mundo. Para dar conta destas falas, analisaremos o que o suicídio pode representar para a sociedade e para uma mãe, além de compreendermos que sentimentos inconscientes são trazidos à tona com este ato.

## 5.2 O SUICÍDIO DE UM FILHO

O suicídio, em nossa sociedade capitalista ocidental, é visto como um tabu. É um tema que apesar de não ter nenhuma proibição legislativa não é bem visto e, muito menos, falado pela sociedade. O que seria este tabu? Por que não falamos sobre o suicídio, um acontecimento tão recorrente em nossas vidas?

Freud, em 1914, escreve seu célebre trabalho "Totem e tabu". Neste texto, explica que "'Tabu' traz algo em si um sentido de algo inabordável, sendo

principalmente expresso em proibições e restrições. Nossa concepção de 'temor sagrado' muitas vezes pode coincidir em significado com 'tabu'" (p.37).

A partir do apontamento de que o tabu tem algo de inabordável, podemos traçar um paralelo com o silêncio do suicídio em nossa sociedade atual. O suicídio tem algo em si que causa repúdio e não pode ser falado. É tomado, então, como um tabu que envolve proibições e restrições.

Freud (1914) relata que podemos encontrar proibições tanto nos povos primitivos quanto na vida dos neuróticos obsessivos. Ambos apresentam a restrição de contato físico ou mental com pessoas, objetos ou pensamentos proibidos. Todavia, caso venha a ocorrer contato, os ritos de purificação e rituais obsessivos entram como forma de expurgação e punição.

A pergunta que fica é o que há de inabordável e causa tanto repúdio, necessitando de tantas proibições? Primeiramente, se há uma proibição envolvida é porque há um desejo de realizar algo que não é permitido. Que desejos seriam estes? Freud (1914) coloca que desde os primórdios da humanidade encontramos desejos inconscientes ligados à morte, à vontade de matar, e ao incesto na vida psíquica dos homens - isto iria ao encontro da percepção que Freud (1914) teve de que os rituais ou sintomas obsessivos dos neuróticos obsessivos sempre levam à expulsão do pensamento de matar, sentido como uma desgraça. Em o "Mal-estar na civilização", Freud (1930) explica que os indivíduos não podem por em ato estes desejos, pois a sociedade, para sua existência, exige sua repressão. A repressão é alcançada por meio das proibições que resultam em desconhecimento sobre a existência destes desejos, sobrando para o consciente apenas as proibições. Há, então, uma vontade por parte do sujeito de transgredir o proibido para satisfazer este desejo.

Observamos um pensamento ambivalente. Realizar este desejo é considerado o prazer supremo, mas, ao mesmo tempo, um ato 'horroroso'. Entendemos, então, que o que há de inabordável são desejos inconscientes de matar e ter relações incestuosas que são reprimidos em detrimento de uma vida em sociedade. O tabu entra como forma de proteção para nós mesmos e para a sociedade.

Relacionando o conhecimento sobre tabu e suicídio, Roudinesco e Plon (1998) apontam que Freud, em seu artigo "Luto e melancolia" de 1917, coloca o suicídio como forma de autopunição, a vontade de matar outrem voltada contra o

próprio sujeito. O indivíduo suicida apresenta, então, desejo de morrer, desejo de ser morto e desejo de matar. Entendemos que o desejo de matar outra pessoa, por ser proibido, é recalçado e deslocado para o indivíduo. Como coloca Freud (1914), ocorre um deslocamento do desejo para que este alcance sua satisfação mesmo que seja a partir de substitutos como a vontade de morrer e a vontade de ser morto. O suicídio só ocorre porque o sujeito se toma como objeto e deixa-se maltratar por seu superego.

Como a palavra 'desejo' tem uma importância fundamental para este capítulo, consideramos importante explicar qual o entendimento que temos do termo. Segundo Roudinesco e Plon (1998, p.146), desejo é:

Termo empregado em filosofia, psicanálise e psicologia para designar, ao mesmo tempo, a propensão, o anseio, a necessidade, a cobiça ou o apetite, isto é, qualquer forma de movimento em direção a um objeto cuja atração espiritual ou sexual é sentida pela alma e pelo corpo. Em Sigmund Freud, essa idéia é empregada no contexto de uma teoria do inconsciente para designar, ao mesmo tempo, a propensão e a realização da propensão. Nesse sentido, o desejo é a realização de um anseio ou voto (Wunsch) inconsciente.

Percebemos, então, que o suicídio envolve um desejo inconsciente que não pode ser falado. O não falar por parte da sociedade seria como uma forma inconsciente de garantir que o desejo não seja satisfeito, por isso um tabu. Uma das mães fala que, para ela, uma das questões, envolvendo o suicídio, que mais lhe causa sofrimento é seu filho ter planejado e desejado sua morte. Esta pode ser a diferença principal entre este tipo de morte e as outras. A pessoa desejou sua morte e coloca em prática este desejo. Explicamos acima que a morte de um filho representa uma perda fálica e narcísica. Representa também a perda de sua imortalidade e, como as mães falam, a inversão da escala biológica. Os pais não devem enterrar seus filhos. São os filhos que devem enterrar os pais. Contudo, por um desejo de seus filhos, é isso que está acontecendo. Dessa forma, um dos mecanismos que o psiquismo se utiliza é a negação como forma de camuflar os pensamentos não suportados pelo ego.

A ambivalência, além de se relacionar com a culpa que sentimos, relaciona-se com a dificuldade de aceitação e representação inconsciente da morte de pessoas amadas. Em 1915, Freud, em seu texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, aponta para o fato da morte ser um fato natural e necessário da vida. No

entanto, não há representação da própria morte no inconsciente. Representamos apenas a morte de outrem, isto é, conseguimos representar apenas a morte de quem não amamos pelo fato de que, quando amamos alguém, estamos na verdade amando partes de nosso próprio ego. Isso faz com que nosso narcisismo, protetor do ego, não permita representar a morte do que amamos, afinal, isso seria equivalente a representar nossa própria morte. Entretanto, nunca amamos alguém por completo. Há partes da pessoa que também odiamos. Isso equivale dizer que nossos laços com as pessoas mais próximas se constituem de forma ambivalente. Apenas a morte da parte odiada consegue ser representada inconscientemente, até porque, desejar a morte é uma expressão do sentimento de ódio. Dessa forma, ao mesmo tempo em que há uma aceitação da morte por odiarmos partes daquela pessoa, negamos sua morte, pois constituem elementos que amamos, representações de partes de nosso próprio ego. Conseqüentemente, colocamos em conflito nossa negação e aceitação da morte de pessoas queridas.

Assim, apesar de Freud (1917), em "Luto e melancolia", não falar explicitamente sobre a negação da morte de pessoas amadas, percebemos esta reação nas falas das mães que perderam seus filhos pelo suicídio. Com o texto "A negativa" de 1925 podemos entender ainda melhor o que ocorre neste mecanismo de negação. Freud (1925) explana que no inconsciente não existem negações, apenas afirmações, sendo a Eros atribuída a função da afirmação e a Thánatos a da negação. O "não" só reina onde podemos falar de consciente. Este mecanismo da negação é usado para que pensamentos inconscientes tenham expressão na vida consciente. É somente através deste mecanismo que o ego pode conviver em paz com certos pensamentos, sem que precise reprimi-los. Freud (1925) explica que com este mecanismo há uma suspensão da repressão, mas não uma aceitação do conteúdo reprimido. Assim: "Negar algo em um julgamento é, no fundo, dizer: 'Isto é algo que eu preferia reprimir.'" (FREUD, 1925, p. 266).

Freud (1925) aponta que há duas formas do julgamento entrar nas tomadas de decisão. Uma se refere a atribuir ou não características a um objeto e a outra se há existência ou não da representação do objeto na realidade. Em relação à primeira, esta seria sucessora da 'fase' inicial de desenvolvimento do psiquismo humano, em que o bebê introjeta em si, através de identificações, o que considera bom, aquilo que lhe traz satisfações e supre necessidades, e rejeita/expulsa o que não lhe satisfaz, segundo o funcionamento do princípio do prazer que, neste



momento, reina. Já no segundo momento, o princípio de realidade entra em cena e sobrepõe-se ao princípio do prazer. Assim, é importante a existência do objeto no mundo externo para que o sujeito possa se apossar deste, quando necessitar. Para tanto, agora, o ego tem a tarefa de fazer um teste para descobrir se a percepção dos objetos de prazer inicialmente representados na vida psíquica existem na realidade. O ego percebe, então, que muito daquilo introjetado, por lhe ter causado satisfação no passado, não se encontra mais no mundo externo. Essa possibilidade de representação no psiquismo de coisas que não estão mais presentes ao olhar do observador é o que permite distinguir entre mundo subjetivo e objetivo no indivíduo e, com isso realizar, um julgamento mais seguro para o ego que, em detrimento da vida em sociedade, adia a satisfação e tolera o desprazer (FREUD, 1920).

Portanto, primeiramente, trata-se de um eu identificado com o prazer, o qual expulsa o que lhe causa desprazer. Posteriormente, trata-se de uma relação entre mundo interno, subjetivo, e mundo externo, perceptivo. Esta primeira relação coincidiria com o narcisismo primário enquanto que a segunda com o narcisismo secundário. É exatamente isto que analisamos na fala das mães que perderam seus filhos pelo suicídio. Estas mães negam exatamente porque percebem uma realidade que lhes causa sofrimento, negam a realidade insatisfatória. Não aceitam que seu filho morreu, suicidou-se.

O estigma da covardia e fraqueza diante da dor que o suicídio traz consigo também pode ser uma das causas desta negação. Aceitar o suicídio seria aceitar a morte de um filho, sua covardia e, conseqüentemente, sua fraqueza em sucumbir à dor. Ademais, seria também afirmar seus desejos de morte. Por estes motivos, a mãe sente vergonha do ato de seu filho e revolta-se contra ele, o que a faz sofrer: "Como ele pode fazer isso comigo? Me deixar aqui sozinha?". Trata-se, aqui, de uma dimensão de um egoísmo por parte desta mãe de querer que este filho continue ao seu lado mesmo este sofrendo de forma insuportável.

Aceitar que um filho se suicide também é aceitar falhas em seu próprio narcisismo, o que pode ser insuportável. Assim sendo, as mães, muitas vezes, procuram vários motivos para a morte de um filho que não o suicídio: "Será que alguém fez ele se matar? Não pode porque o portão estava trancado. Acho que foi por causa de mulher." Essas mães precisam que não tenha sido suicídio e se agarram, então, a ideias que neguem este fato, causando falas e pensamentos contraditórios.

Outra questão é que nos casos de suicídio o mecanismo da negação pode encontrar apoio no mundo externo ao indivíduo, por conta da falta de evidências. Esta falta, como podemos perceber, dá espaço para negação e imaginação do motivo da morte. Uma carta de "despedida" entraria, aqui, como uma evidência real que poderia ajudar no conhecimento sobre o tipo de morte. Colocamos conhecimento e não aceitação, pois, a partir das explicações anteriores, podemos entender que, mesmo tendo certeza que um filho se suicidou, para uma mãe, este fato sempre será difícil de aceitar. Cremasco e Brunhari (2009) apontam para o fato de que as cartas de "despedida" deixam mais claro sobre o sofrimento, o ato perante o sofrimento e para quem são destinadas. Assim, cartas poderiam tirar certas incertezas destas mães. Elas ajudariam na compreensão do ato, afinal de contas, seus filhos levaram com eles todas as respostas. Uma das mães atendidas recebeu uma carta de despedida de seu filho, o qual em duas linhas dizia que a amava muito, mas que não suportava mais seu sofrimento. Estas linhas a ajudaram compreender um pouco o que motivou o suicídio de seu filho, mas as dúvidas não cessaram - até porque diz nunca ter imaginado que seu filho tomaria esta atitude.

No início do texto, colocamos que um dos processos que ocorre com as mães é a identificação com o filho morto. Como apontado anteriormente, Freud (1923) em "O ego e o id" coloca que, ao haver uma identificação, ocorre uma dessexualização dos instintos, ou seja, os instintos se tornam inibidos em seu objetivo. Em "Psicologia de grupo e a análise do ego", Freud (1921) diz que esta inibição de seu objetivo é importante para a formação de laços sociais, aqui, analisados sob a relação mãe-filho. Uma mãe identifica-se com características de seu filho, assim como um filho se identifica com sua mãe.

Uma mãe se identifica com a função materna a partir da identificação com sua mãe. Dessa forma, irá decidir sobre suas tomadas de atitude em relação ao filho, baseadas nos julgamentos que fez de sua mãe, em seu papel de mãe. Ivone, uma das mães atendidas, sempre se lembra de como sua mãe era com ela e pergunta-se, constantemente, se é/foi uma mãe ruim como a sua. Nesse caso, a mãe serve de exemplo a não seguir, mas em alguns aspectos Ivone acaba tendo desejos semelhantes à mãe, os quais se esforça para não por em prática: gostaria que sua filha não saísse de casa e não fosse viajar para ficar com ela. Uma mãe, além de se identificar com sua mãe, também se identifica com seu filho por sua experiência como filha. A identificação permite, então, a mãe ter um saber sobre este filho. Isto

se evidencia na atribuição de sentido que a mãe dá ao choro do bebê, ao sofrimento do filho por exemplo. As mães, porém, mesmo identificadas aos seus filhos, muitas vezes não conseguem compreender o sofrimento dos filhos, pois não elaboraram suas próprias questões.

A identificação no processo de perda de um filho amado pode apresentar um papel significativo, pois como Freud (1923) coloca, uma identificação com o objeto perdido e sua conseqüente introjeção no ego pode ser a única forma do id abandonar o objeto. Esta fala de Freud (1923) se evidencia em todas as mães em sofrimento pela perda de um filho que atendo. Após a morte do filho, seus outros filhos ficam em segundo plano e nenhum deles se parece tanto com a mãe quanto o que morreu. Sempre falam de suas semelhanças e de sua perfeição.

Com isso, entendemos que estas mães, além de se identificarem com seus filhos, idealizam-no. Sobre a idealização podemos dizer que uma mãe, naturalmente, idealiza um filho, pois este, como colocado anteriormente, é a extensão, o reviver do seu narcisismo primário. Um filho é para uma mãe tudo de melhor que existe neste mundo.

O ego hipercatexiza este objeto e atribui-lhe mais qualidades ou valores do que ele realmente tem. Recebe muito de nosso amor-próprio, porque nosso próprio narcisismo transborda para nosso objeto amado. Freud (1921) coloca que há sempre algo que gostaríamos de ser e que não somos. Amando um objeto que tem estas características, ou supervalorizando certas características, estamos satisfazendo nosso próprio narcisismo. Este objeto amado supervalorizado escapa às nossas críticas tão comuns a objetos não amados, pois é colocado no lugar de nosso superego (FREUD, 1921), algo recorrente para uma mãe em relação ao seu filho.

A idealização pode, no entanto, vir a se intensificar com a morte de um filho. Quando um filho morre, ele se torna inalcançável e completamente idealizado. Podemos observar da fala das mães que o filho morto se torna insubstituível. Afinal, quando o filho morre, não tem mais possibilidade de cometer erros, não existe mais prova de realidade sobre o objeto. Agora, ele fica coberto de realidade psíquica, fantasias, imagens positivas. Idealizar um filho que se suicida, significa também não enxergar seus defeitos como o próprio ato suicida. Isso seria mais uma forma de defesa de uma mãe, pois enxergar os defeitos do filho é enxergar os seus. Uma mãe que estabeleceu com seu filho uma relação objetal do tipo de ligação -

*Anlehnungstypus* – pode, após a morte de seu filho, retroceder a uma escolha objetual narcísica para com este objeto, ou seja, uma mãe que escolheu seu objeto de acordo com quem a cuida e a protege pode mudar sua escolha para alguém que se é, que se foi, que se gostaria de ser e/ou que fez parte de si (FREUD, 1914), por este filho ficar em um lugar de ideal. Esta mudança pode decorrer de uma idealização posterior, ou mesmo anterior, a sua morte e pode ter como consequência uma melancolia ou uma melancolização, dependendo de sua história de vida, como vimos no capítulo anterior.

A perda real de um filho que mexe com questões simbólicas e narcísicas de uma mãe é intensificada com o tabu, vergonha e culpa que envolvem o suicídio. O processo de luto com suas características de idealização, identificação, negação, aceitação, ambivalência, culpa pode, conseqüentemente, ser agravado pela perda de um filho pelo suicídio. Uma mãe que perde um filho pelo suicídio, que, possivelmente, apresenta uma culpa ainda mais intensa e punitiva, pode desenvolver ou não um estado de melancolização e, posteriormente, continuar em um quadro patológico de melancolia ou ir para o caminho saudável, o luto (FREUD, 1917). Entendemos também que uma mãe que na época da morte já é melancólica, como nos explica Lambotte (1997), pode ter na morte do filho uma reedição de seu trauma. Como perder um filho mexe com questões infantis da mãe, seus problemas mal resolvidos voltam a aparecer, reeditando-se. A morte de um filho traz à tona sentimentos inconscientes tanto bons quanto ruins levando a sentimentos de culpa quase insuportáveis que fazem o processo de luto ser mais doloroso do que normalmente já é. A escuta analítica aparece, então, como forma de compreensão e alívio para esta dor tão profunda.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CASO EDITE

Nesta parte do capítulo seis, apresentarei o caso de uma mãe que perdeu o filho pelo suicídio que iniciou seus atendimentos em março de 2014. Os casos deste capítulo serão escritos na primeira pessoa do singular, pois há questões transferências e contratransferências que serão trazidas para o leitor, através da visão da mestrandia que atendeu a paciente.

Edite tem 51 anos e teve sete filhos. Sua condição econômica e social é menos favorecida e nunca teve a oportunidade de ir para a escola aprender a ler e escrever (consegue assinar seu nome e identificar nomes de ônibus). Atualmente, está separada, mas mora ao lado de seu ex-marido, pai de seus sete filhos. Conta que se separou devido ao fato de não mais aceitar as traições do marido. Há dois anos e meio, seu terceiro filho, Pedro Ricardo, que estava com "problemas com drogas", cometeu suicídio aos 29 anos. Já seu filho mais velho, pelo que traz dos seus relatos e dos médicos, é esquizofrênico; seu quarto filho tinha problemas com drogas e, há aproximadamente três anos, sumiu; o quinto filho e a filha mais velha falam, segundo a paciente, ocasionalmente, que estão tristes e não querem mais viver; a filha mais nova apresenta enurese diurna. O único filho que, sob a perspectiva de Edite, não apresenta problemas psicológicos mais acentuados, ou seja, não fala em tristeza, é o segundo filho, Ricardo Pedro, que é agente penitenciário - chama atenção o nome deste filho ser exatamente a inversão dos nomes do filho que cometeu suicídio. Na época do suicídio, moravam na favela ao lado de uma boca de fumo. Após a morte do filho, conseguiram três casas na COHAB (Companhia de Habitação Popular). Edite, muitas vezes, fala que seu filho, após sua morte, possibilitou algumas mudanças positivas na vida dela e de sua família como a mudança de casa e de bairro (A assistente social se sensibilizou com seu caso e liberou uma casa na COHAB). No entanto, diz que preferiria ter seu filho vivo.

Exposto alguns dados importantes para o caso, seguirei as orientações dos autores Mezan (1993), Figueiredo e Minerbo (2006), Berlinck e Magtaz (2012) e,

obviamente, de Freud (1912) sobre se deixar levar pelo inconsciente e deixar-se captar pelo enigmático, isto é, dar importância para as questões que nos causaram inquietamento e dúvidas pelos conhecimentos que temos da relação entre teoria e clínica.

A primeira sessão da paciente não foi nada usual para a psicanálise. Busco Edite no ponto de ônibus porque não acha o consultório. Mostra-se surpresa por eu não ter "desistido" dela, como ela mesma diz. Contudo, aproximadamente após três atendimentos, a paciente começa a questionar a eficácia do tratamento, a falar que a "viagem" até o consultório é muito longa (duas horas) e que seus filhos (filha e filho mais novos) acham que ela não deveria continuar. Na sessão seguinte, a paciente liga falando que não iria naquela semana e que não queria remarcar. Uma semana depois, volta ao consultório e preenche a sessão falando de como sente pena de cachorros de rua, ignora todos os questionamentos que lhe faço e, no final da sessão, diz que acha que não voltaria na semana seguinte. Essa constante ameaça de abandono é o enigmático que me pegou. Fico extremamente angustiada com o fato dela não querer voltar mais.

Em 1914, Freud nos fala sobre a transferência e a contratransferência. Conceitua a transferência como um fragmento da repetição de algo inconsciente que ocorre tanto dentro quanto fora do consultório. Freud (1914) explica que se a transferência se torna hostil ou intensa, o paciente pode parar de recordar e pode passar a repetir e a atuar, mecanismo denominado pelo autor de *acting out*. Como bem nos lembra Rudge (2008), Freud, em 1914, esclarece que o *acting out*, a repetição de acontecimentos e padrões infantis, ocorre, quando o recordar não se torna possível por causa da intensificação da resistência. Isso ocorre nos momentos em que a transferência se torna muito erótica ou hostil. Assim, o *acting out* quase se iguala a transferência, sendo ambos expressão da resistência e instrumento de análise. Dessa forma, as lembranças infantis inconscientes são atos no âmbito da transferência. Já a contratransferência é o que o analista capta desta repetição inconsciente do paciente, tornando-se possível através do livre fluir dos inconscientes.

A paciente me causa uma angústia muito grande, ao ponto de ter vontade de "largá-la". Claro que há questões pessoais envolvidas para eu ficar tão angustiada - as emoções que sinto são decorrentes de fatores emocionais meus e não da paciente. No entanto, não posso, neste momento, deixar de relacionar a atitude da

paciente e o que ela me causa com a ausência de seus dois filhos. Percebo que a paciente poderia estar atuando, *acting out*, algo do seu inconsciente na sua transferência comigo. Escutando mais a paciente, ouço que ela, constantemente, fala que sua filha mais nova reclama por atenção, inclusive reclama que a mãe perde muito tempo vindo à terapia. Segundo a mãe, sua filha diz o seguinte: "Essa Julia era pra me ajudar, mas ela só ta estragando tudo.". Conta que seu marido nunca trabalhava e, portanto, precisava trabalhar o dia todo deixando seus filhos sozinhos com a responsabilidade de cuidarem da casa. Uma história em particular me chama atenção. Seu filho que cometeu suicídio pediu para ser internado e neste internamento teve uma apresentação de teatro em que encenou. Pediu que sua mãe fosse assisti-lo, mas ela não foi. Será que podemos afirmar que esta mãe também causou/causa angústia em seus filhos, assim como faz comigo?

Bom, estas ameaças se mantêm por algumas sessões até o dia em que a paciente conta que está bem e voltou a costurar. Relata que gostava de costurar, pois se distraía. Pergunto no que pensa quando costura e a paciente diz "nada". Fico com esse "nada" na minha cabeça e pergunto-me como é possível ela não pensar em nada. Neste instante, vem a minha mente o *insight* de perguntar o que ela deixa de pensar para que o nada pudesse entrar em cena. Chorando, a paciente me responde que pensa no seu filho. Diz que sente falta dele, que ele era seu companheiro e que se sente culpada pela morte de seu filho. Relata que às vezes "bate uma tristeza" e não tem vontade de fazer nada. Neste momento, fala que deixou de cuidar dos remédios do filho e pergunta-se se teria sido diferente se tivesse tido esses cuidados e se tivessem se mudado da favela como seu filho sempre desejou.

Entendo também que a paciente para de ameaçar a me abandonar, quando eu mudo minha posição com ela. Minha fala continua a mesma, mas, após análise e supervisão, passo a entender o que está acontecendo e a me distanciar das questões da paciente. O analista é apenas um fundo de tela no qual o paciente repete com ele o que acontece em sua vida. Não se trata de algo pessoal comigo.

Assim, percebo que a paciente me identifica em uma posição de filha. Sempre me dá conselhos sobre homens, principalmente como homens não prestam, o que sinto como uma forma de cuidado. Ela também me coloca como muito nova, num sentido de não poder me comparar a ela em relação a sua experiência de vida e sabedoria. Não vejo que ela, neste momento, coloca-me numa posição de suposto

saber. Eu estou bem mais para filha do que para analista, levando, novamente, a compreensão de que a paciente está repetindo comigo o que faz com seus filhos. Esta posição mudou e não vejo mais a paciente me colocar nesta posição de filha tão constantemente como fazia no início. Coincidência ou não, a paciente fica meses sem falar que não viria mais. No entanto, após dez dias sem sessões, no final do ano de 2014, a paciente me liga e diz que não viria mais. Pergunto se ela então poderia vir na próxima semana para nos despedirmos e ela concorda. Nesta sessão, ela pergunta muito a minha opinião sobre o que deveria fazer, algo novo na nossa relação. Ao fim, a paciente resolve que deveria voltar a me ver, porque precisa se tratar e, já que Deus está lhe dando esta oportunidade, sente-se culpada de recusá-la (Na fala dela não fica claro se acredita em um castigo, caso não viesse para terapia). Contudo, aqui aparece sua característica de não conseguir dizer não. Será que me usa como uma justificativa para vir? Ou será que a culpa fala mais alto? Ou será que resolve continuar porque não conseguiu falar não para mim? Afinal, sempre me diz que nunca desisto dela, assim como não fiz em sua primeira sessão.

Outra questão interessante é a paciente falar que seus filhos só lhe dão atenção quando precisam que ela lhes dê dinheiro ou que limpe suas casas. Um dia, quando me atrasei, Edite chegou a achar que eu estaria "lhe dando o troco" por ela quase sempre se atrasar. O dinheiro é uma questão importante que sempre aparece em sua fala. Ela economiza muito e nunca arrumou a casa como desejava seu filho por não querer gastar o dinheiro que tinha. É a única na família que tem cartão de crédito e não o empresta muito facilmente. No entanto, com seu filho, Ricardo Pedro, mostra-se diferente. Sua filha mais velha já chegou a reclamar que a mãe emprestou o cartão para seu filho que é agente penitenciário e não para ela. Depois dessa fala, a mãe resolveu emprestar. A mãe também já emprestou a este mesmo filho vinte mil Reais, dinheiro que juntou a vida toda.

Edite apresenta uma fala diferente sobre este filho que é agente penitenciário. Refere-se a ele como o filho mais bem sucedido, pois, além de ter estudado, ele tem um bom emprego. É muito interessante o nome deste filho ser exatamente o oposto do que o que se suicidou. A mãe também os descreve com personalidades opostas. Enquanto Ricardo Pedro ia para a escola, Pedro Ricardo, junto com seu irmão que desapareceu, matava aula e fumava maconha. Um dos possíveis motivos para ter ocorrido o suicídio é apontado pela mãe o fato do filho não conseguir estudar, não "ser alguém na vida", e andar com companhias erradas que o levaram a usar



drogas. Edite fala que seu filho, assim como ela, não conseguia falar não e, conseqüentemente, sempre que o chamavam para usar drogas, ele ia. Aliás, esta não é a única característica em comum entre os dois: diz que as pessoas ficavam/ficam atrás dos dois por dinheiro. Aqui, aparece a questão da identificação também sendo possível no processo de luto.

Outro ponto significativo, em relação ao nome dos filhos, aparece a seguir. Um dia, pergunto como a paciente imagina e gostaria que a sua vida tivesse sido, pois sempre se queixa muito de como seus filhos lhe deram trabalho e como a filha mais velha, que era para ser uma companheira, não foi. Edite responde que, antes de ter seus filhos, tinha uma conhecida que tinha três filhos: Romário, Pedro e Ricardo. Via como esta conhecida era feliz com seus filhos e marido e queria que o mesmo lhe acontecesse. Então, começou a ter filhos. O primeiro foi o Romário e o segundo queria chamar de Pedro, mas seu marido não quis porque não gostava do nome. Por isso, chamou-o de Ricardo Pedro. Quando nasceu o terceiro, a paciente conseguiu dar o nome que queria dar originalmente ao segundo filho: Pedro e adicionou o Ricardo como segundo nome. O nome dos outros filhos não tem uma história específica. O que é enigmático em relação ao nome do filho que cometeu suicídio é que ganhou o nome que seu pai não queria. A paciente relata que Pedro Ricardo não gostava de seu pai, pois seu pai era muito rígido com ele e brigavam constantemente. Será que as brigas e o mau relacionamento entre os dois podem estar ligados com fatos anteriores ao nascimento de Pedro, fatos estes que podem ser evidenciados pela rejeição de seu nome? No fim da sessão, a paciente fala que não foi nada do que ela imaginava com seus filhos. Eles só a atrapalharam.

Sobre sua infância e adolescência, a paciente conta que seu pai abandonou sua família, quando tinha dois anos, e a mãe nunca permitiu contato com o pai. Sua mãe logo casou novamente e seu padrasto não deixou ela nem seu irmão estudarem. Os dois precisavam trabalhar na roça e sua mãe os "largava" sem se preocupar. A mãe teve mais filhos com esse homem. Esses filhos, porém, puderam estudar. Na sua pré-adolescência, seu padrasto tentou abusar sexualmente de Edite o que fez sua mãe enviá-la para casa de um primo, também na roça. Lá, continuou trabalhando muito, chegando a passar fome, até um dia que conheceu seu ex-marido. Aqui, novamente, vale lembrar que Freud (1914) escreve que a transferência não ocorre apenas na clínica e que é a repetição ativa de algo que se viveu passivamente. Será que o que a paciente faz com seus filhos de não lhes dar muita

atenção e de certa forma largá-los é uma repetição ativa do que viveu passivamente na infância?

Ela relata que seu ex-marido a tirou da casa de seu primo. Sua fala parece vitimizada como se tivesse sido forçada. Quando pergunto se ela foi forçada a ir com seu marido, repensa e diz que foi porque quis, pois achou que seu marido lhe daria boas oportunidades. O problema foi que seu marido era alcoólatra e levou-a para morar com sua família com um sogro também alcoólatra. Um dia, seu ex-marido chegou a ameaçá-la com uma arma. Conseguiu esconder a arma e nada aconteceu. Em sua primeira relação sexual, já engravidou e, após esta primeira gravidez, teve um filho atrás do outro. Mudavam-se muito de cidade, pois seu marido ia atrás da conversa dos outros, quando lhe diziam que em algum outro estado ou cidade estava bom para ganhar dinheiro. Nestas mudanças, passaram fome, muitas vezes, e só se estabeleceram em São Paulo, quando Edite disse que não se mudaria mais. Percebo que, quando ela fala que "bateu o pé" e que não iria mais se mudar, algo mudou e passou a não aceitar mais as traições do marido e separou-se dele.

Com o tempo, o choro da paciente por não ter um terreno no cemitério começa a aparecer. Em muitas sessões, a paciente chora ao relatar que tiveram que se "humilhar" para conseguir uma gaveta na prefeitura para enterrar seu filho. Fala que, se tivesse pensando nisso antes, não precisavam ter passado por isso e que vai comprar um terreno para todos para estar preparada para o futuro. Preocupa-se muito que seus filhos e seu ex-marido não lhe coloquem uma roupa bonita, quando morrer. Essas falas não me eram claras de início e não entendia o que ela estava querendo me dizer com isso. Depois de supervisão, um sentido para essa fala se estabelece: Edite está me mostrando como não foi uma mãe cuidadosa, que nem na morte do filho conseguiu cuidar dele e imagina que o mesmo pode lhe acontecer.

Em uma sessão, a paciente conta que foi com sua filha mais nova, alguns amigos e a filha de seu ex-marido, Maria, que tem a mesma idade de sua filha mais nova (Maria é fruto de uma relação extraconjugal do ex-marido da paciente com Vânia, uma vizinha, quando ainda estava casado com Edite), fazer um passeio em uma chácara que tinha uma piscina. Nesse dia, as duas meninas entraram na piscina, afogaram-se e quase morreram. Edite sentiu-se muito culpada e conseguiu expressar que se sente dessa forma, pois, quando Maria nasceu, desejou sua morte. Não pude deixar de lembrar a teoria de Freud (1915) que não há representação da própria morte no inconsciente. No entanto, é possível desejar e pensar

inconscientemente a morte dos outros. Assim, quando trazido para a esfera da morte de pessoas que se ama, é vivido de forma ambivalente, pois, como estas pessoas são amadas pelo sujeito, constituem elementos de seu próprio ego, mas também apresentam características que podem ser odiadas. Deste modo, a paciente só conseguiu externalizar seus sentimentos ambivalentes - que como Freud (1914) fala, geram culpa - por Maria que não era sua filha. Afinal, é admissível falar dos outros, mas não de seus filhos, ou seja, de partes de si.

Esse é um exemplo da culpa que sempre aparece na fala desta mãe. Como visto anteriormente, a mãe fala que se sente culpada por não ter cuidado dos remédios, não ter ido à peça de teatro, não ter se mudado para um lugar longe da boca de fumo da favela, por não ter comprado um terreno no cemitério. Outro conteúdo de culpa que aparece, em uma das últimas sessões, é o fato de Edite ter engravidado e dado esta criança para uma cunhada do tio cuidar, quando seus filhos ainda eram pequenos. Diz ter feito isso, pois seu marido, na época, não queria mais filhos. Pergunta-se se não foi o abandono deste filho que causou o suicídio de seu filho. Esta culpa se mostra como a culpa que o neurótico obsessivo empresta ao luto (FREUD, 1917). O superego do sujeito julga seu ego por desejos, neste caso um ato, hostis em relação a um objeto amado.

Edite, por sentir culpa e tentar amenizá-la, sempre tenta transformar o suicídio do filho em um possível acidente ou, então, jogar a culpa na namorada de seu filho. Há, por poucos minutos, uma tentativa de desculpabilização, mas logo passa e a mãe conta que, após sua morte, ficou sabendo, através da namorada do filho, que este já havia tentado suicídio algumas vezes. Vejo que esta desculpabilização entra também como forma de tentativa de alívio da angústia que sente em alguns momentos.

Acho muito importante escrever que o filho disse ao seu companheiro de tratamento que, se não conseguisse se livrar das drogas, iria cometer suicídio. Também disse ao colega que sua mãe era muito brava com ele. Esses fatos são estranhos para a mãe, pois diz que nunca brigava com eles e que fazia de tudo. Apenas poucas vezes falou para o filho largar as drogas. Aqui, há um ponto que me soa muito contraditório, pois a mãe, nos seus relatos, não parece ter feito muito para seus filhos saírem da droga, mas, mesmo assim, seu filho a chamou de brava. Conta que seu filho sumia, quando usava drogas, porém, Edite não fazia nada. Apenas esperava seu retorno. Não saía em busca dele e, quando ele voltava, não falava

nada. Acharam o filho dias após sua morte. O que é paradoxal para mim é a mãe achar que seu filho pode ter se suicidado por ela ter-lhe frustrado, por ela ter falado para ele não usar drogas, pois diz que muito raramente falava para seu filho parar com as drogas. Além disso, essa fala é estranha porque a paciente não percebe que colocar limites pode ser uma forma de cuidado e parece que era isso que seu filho a demandava. Pedia para mãe que o cuidasse, internasse e mudassem-se. Pergunto à paciente se acha que sua inércia poderia ser uma forma de não repetir o jeito grosseiro de sua mãe. Edite não sabe me responder. Pergunto-me também se a paciente me contar que não insistia muito para seu filho parar de usar drogas, não é uma defesa. Por acreditar que seu filho pode ter se suicidado por conta de pedidos que não usasse mais drogas, pode ser que, inconscientemente, inverteu a situação, colocando que não brigou com ele.

Por fim, gostaria de repetir algumas histórias que a paciente me relata e chamam-me a atenção. Conta que o trabalho de seu filho o sujava muito, voltando sempre sujo de lama para casa. Um dia, Edite disse para seu filho que acabaria na fossa pelo uso das drogas e, quando seu filho sumia, olhava do ônibus nas sarjetas da cidade. Na última sessão, a paciente fala algo que de alguma forma me toca e não sai da minha cabeça: o filho disse que nunca mais iria "para o outro lado" (falava assim quando ia se drogar) e a mãe disse que não adiantava, que ele não conseguiria e que voltaria a se drogar. O filho ficou alguns dias sem usar drogas, mas logo recaiu. Após alguns poucos dias, cometeu suicídio.

O que mais causa sofrimento a esta mãe é a culpa que lhe persegue de não ter feito mais ou de ter feito algo que possa ter causado a morte do filho. Esta culpa a induz a um estado depressivo de ter perdido seu objeto idílico, objeto este que, por causa de sua morte, torna-se, em alguns momentos, idealizado - o filho companheiro que a ajudava. Imaginariamente, acredita que por sua culpa perdeu seu objeto de amor. Sua culpa obsessiva, um conflito entre ego e id, um conflito envolvendo seus desejos inconscientes de querer ficar sozinha sem incômodos, além de seus questionamentos sobre o que fez ou deixou de fazer para seu filho, levam-na a um processo de culpabilização que a deprime. No entanto, a sua culpa não a impede de simbolizar sua perda e continuar vivendo sua vida. A paciente está claramente em um processo de luto, tentando colocar em palavras, através de mecanismos de defesa como a negação, a saudade e dor que sente para sair deste sofrimento que, em muitos momentos, paralisa-a. Como Cremasco e Thielen (2010)

colocam, no luto também pode ocorrer uma inibição. Isso seria uma forma de compartilhar do destino do morto e sentir-se menos culpada. Contudo, Rudge (2001) aponta que a culpa para o enlutado é importante, pois pode ser uma forma de proteção egóica. Em alguns momentos, diz que se sente triste e sem vontade de fazer nada, apresentando um breve momento depressivo. A sua depressão pode ter sido o que, juntamente com o seu ambiente, preparou-a e protegeu-a de um trauma. Perder um filho pelo suicídio, para esta mãe, não foi traumático - do ponto de vista psicodinâmico não foi traumático, mas um excesso ocorreu -, pois seu ambiente a preparou para isso, permitindo uma representação inconsciente desta forma de morte. Para esta mãe é possível enxergar as falhas de seu filho. Assim, apesar de idealizar o filho, não o idealiza por completo, possibilitando a simbolização de sua perda. Por conseguinte, por não ter se traumatizado não se encontra em uma melancolia nem em um estado de melancolização.

Apresentei meu trabalho em uma jornada em novembro de 2014 e uma psicanalista me falou de uma lenda indígena "Sete Estrelas" que se assemelha muito ao caso aqui exposto:

Havia uma índia ainda jovem mãe de sete filhos, ela não era uma boa mãe, ficava balançando preguiçosamente na rede em vez de cuidar dos seus filhinhos. Quem cuidava dos curumins era a velha que fazia comida, abrigava e agasalhava os curumins.

Um dia a velha avozinha morreu e os curumins ficaram abandonados. O filho mais velho procurava o que comer: mel, frutas, peixes, mas ele ainda era pequeno e nem sempre encontrava comida suficiente para todos os irmãozinhos. Quando choravam de fome, a índia os enganava com algumas frutas.

Em uma noite estavam eles muito fraquinhos, já sem forças para chorar quando o irmãozinho maior disse: "Meus irmãozinhos vamos para o céu, lá nós teremos comida, frutas, mel.". Nesse momento passava uma brisa que soprou e foi levantando e levando para o céu os sete irmãozinhos. Quando a mãe acordou não vendo os filhos começou chamar por eles. "Mamãe estamos indo para o céu, lá teremos frutas e mel"- disseram eles. A mãe aflita e arrependida gritava: "Meus filhos voltem!!!". Era tarde os indiozinhos tinham virado estrelas. Brilhavam no céu, chamavam-se agora "Sete Estrelas". (Site Cirandando Brasil da UNICEF e UNESCO).

Vejo que no caso de Edite, ao invés de comida, seus filhos reclamavam por atenção. A mãe sofrer quando seus filhos se vão também é uma característica comum. Fica a impressão que ambas as mães não percebiam o que estava acontecendo com seus filhos. A função parental é muito importante na formação do psiquismo humano. Freud (1914) explica que tratar o filho como uma majestade que tudo pode e tudo é será o precursor do sentimento de onipotência e autoestima, que são vitais. Como passar pelas dificuldades da vida como, por exemplo, sair das drogas ou até mesmo não cair nas drogas que rondam nossa sociedade sem acreditar em si, sem achar que se é bom de mais para isso, ou como dizem "Não preciso disso. Eu sou mais eu?!". Esse momento na infância de super-herói serve para no futuro, quando os problemas aparecerem, dar força e proteção egóica.

Ao ler o livro "O discurso melancólico" de Lambotte (1997), passou-me pela cabeça que Edite poderia ser a mãe que a autora descreve que olha para seu filho sem investi-lo libidinalmente, olhando para ele como se fosse "nada". Tenho minhas dúvidas sobre isso, pois, ao mesmo tempo em que fala que seus filhos a atrapalhavam e não tinha tempo para eles, também fala que queria suas companhias.

Com certeza, Edite não conseguir dar afeto aos seus filhos a machuca muito, afinal, não sofreria tanto se não fosse este o caso. Isso aponta para alguma questão inconsciente que a impossibilita de tomar certas atitudes como falar mais com seu filho, apoiá-lo em seu tratamento, assim por diante. A paciente relata situações em que não consegue se expressar como perguntar se o ônibus que está é o certo ou até mesmo perguntar onde é sala que seria julgado o caso de benefício de seu filho que morreu. Falando sobre isso, aparece como se sente envergonhada de ser analfabeta. Talvez, seja isso que a impeça de muitas coisas, como um tipo de trava. Talvez ela, assim como seu filho, também não se sinta boa ou competente o suficiente para, por exemplo, expressar-se com as pessoas e demonstrar afeto.

Todavia, gostaria de salientar que todas as mães erram com seus filhos e apresentam faltas. Não há como ser perfeita. Aliás, os erros e faltas que uma mãe passa para um filho são importantes e necessários. Lacan (1999) aponta que a falta que uma mãe passa ao seu filho é o que o constituiu e o que o torna um sujeito desejante. Assim, o que um filho interpreta das atitudes, desejos e reações de sua mãe e o que faz com isso é uma questão que depende de como cada sujeito reage perante às situações e não de sua mãe. Portanto, a escolha que Pedro fez de tirar

sua vida é dele e não de sua mãe. Edite poderia ter sido a melhor mãe do mundo - seja lá o que isso significa -, mas da mesma forma seu filho poderia ter decidido tomar essa atitude. O mesmo se aplica à lenda indígena que relatei acima. Os indiozinhos poderiam ter achado outra forma para encontrar comida, mas preferiram ir para o céu e tentar sua sorte lá. Fico preocupada que, em alguns momentos, pareça que é culpa de Edite que seu filho cometeu suicídio, porém, com esta afirmação de que cada um entende o que quer/consegue e que cada sujeito é responsável por suas atitudes, fica claro que o responsável por sua ação é seu filho e não a paciente. Pela definição de transferência, entendo, por meio do que a paciente atua comigo no consultório, que sim é possível que a mãe tenha causado angústia em seus filhos, entretanto, a forma como seu filho reagiu perante o comportamento de sua mãe é de sua responsabilidade.

## 6.2 CASO IVONE

A seguir relatarei o caso da paciente Ivone de aproximadamente 48 anos, viúva e mãe de dois filhos. Tem uma filha mais velha, Carolina, de 27 anos e um filho mais novo, Bruno, que, há dois anos e meio, suicidou-se aos 20 anos.

A paciente relata, em sua primeira sessão, sobre como foi a morte do seu filho. Seu filho, meses antes de sua morte, iniciou um namoro com uma menina da cidade de origem de sua mãe. Ele se apaixonou, aproximadamente, um ano antes de sua morte. A mãe relata que o filho achava que nunca se apaixonaria, mas acabou acontecendo e ele começou a ficar recluso com o desenrolar do namoro. No início, davam-se muito bem e ele ia visitá-la várias vezes ao mês. Todo o salário que ganhava como estagiário era gasto com passagens para o interior. Começaram a brigar, pois Bruno estava ficando cansado das viagens e, por isso, não estava mais indo visitá-la com a mesma frequência. Terminaram, após um tempo, mas continuavam se falando, ou melhor, brigando. Na opinião de Ivone, a situação ficou pior, quando seu filho quis voltar o namoro, mas os pais da menina não queriam deixar (seus pais exerciam grande influência na vida dela).

Ivone diz que tentava falar com seu filho, mas ele não dava abertura. Achava que o que seu filho estava passando era "coisa boba de adolescente" e que iria

passar. Falava para ele se distanciar da ex-namorada para que, assim, não ficasse mais triste. Um dia, a paciente perguntou se Bruno queria ir ao psicólogo e ele concordou. No dia seguinte, tinha um exame antes de uma entrevista de estágio que estava se candidatando e, entre um compromisso e outro, voltou para casa. Em casa, ligou para a ex-namorada. Ivone acha que seu filho pediu para voltar com ela nesse telefonema, mas, como a menina não quis, Bruno não suportou a dor e suicidou-se.

Ivone tentou ligar para ele a manhã toda, mas não atendeu, até que recebeu uma ligação de um policial, falando o que tinha acontecido em sua casa e que era para ela ir para lá. Quando chegou lá, descobriu que quem achou seu filho foi sua filha mais velha. Ela contou que tentou ajudá-lo, mas era tarde. Bruno já estava morto. Para Ivone, essa situação deve ter sido muito traumática para sua filha. Contudo, há algo de interessante: Ivone não viu a cena da morte de seu filho, pois sua filha não deixou. Ela quis poupar a mãe dessa dor.

A paciente conta vários episódios em que seus filhos quiseram poupá-la de muitas coisas. Um ano após a morte do filho, mãe e filha foram chamadas na delegacia de homicídios. As duas entraram na sala da delegada e puderam, pela primeira vez, ver o bilhete que Bruno deixou: "Eu amo muito vocês, mas não aguento mais essa dor". Ivone só viu o bilhete, respondeu algumas rápidas perguntas e, então, sua filha disse que queria ficar sozinha com a delegada, pois não queria que a mãe sofresse. Saiu da sala, sem contestar o pedido da filha. Pergunto se não queria saber o que conversaram e ela diz que sabia que a filha estava tentando poupá-la de passar pela situação de ter que falar sobre seu filho morto em uma delegacia. Nos seus relatos, começo a perceber que sua filha não era a única que tinha essas atitudes com ela. Seu filho também. Conta que ele nunca a incomodou (nunca?) e que, quando passou em uma faculdade particular, correu atrás de financiamento estudantil (FIES) e estágio. Ivone não precisou falar nem fazer nada, precisou apenas assinar os documentos.

Em relação ao Bruno não incomodá-la, Ivone, ao ser questionada pelo "nunca" que expressou, retoma e diz que seu filho não era muito bom aluno na escola e, às vezes, aprontava na escola. Por isso, precisou, algumas vezes, ir conversar com professores e chegou a falar que, se fosse necessário, eles deveriam reprová-lo. Não precisou disso, pois Bruno se esforçou e passou de ano. Essa



questão escolar revela uma diferença entre os irmãos. Carolina é uma menina muito estudiosa e estudou em colégios diferentes, inclusive mais difíceis que seu irmão.

Existem outras diferenças entre os dois que Ivone salienta. Quando sua filha era pequena, era bastante independente. Com dois anos já foi para a escolinha e até falou para a mãe não ficar triste. Já Bruno era bastante dependente da mãe, chorou muito para ir à escolinha e, quando foi, logo seus pais o tiraram devido à mudança para Salvador, colocando-o na escola apenas anos depois. O filho também gostava de dormir com os pais, bem diferente da irmã. Enquanto o pai era vivo, esperavam o filho dormir na cama do casal e depois levavam-no para seu quarto. No entanto, depois que o pai morreu em um acidente (Bruno tinha cinco anos e Carolina dez), Bruno dormia todas as noites na cama da mãe. Ivone fala que esperava o filho dormir para colocá-lo na sua cama, mas como acordava e chorava, voltava para cama da mãe. Diz que foi assim até o filho fazer uns doze anos de idade. Pergunto se ela gostava quando o filho dormia com ela e ela concorda. Relata que, após um tempo, nem tentava mais botar o filho na cama dele e que chegou a comprar uma cama maior de casal para ter mais espaço. Todavia, logo que comprou a cama, o filho não quis mais dormir com ela. Diz que falou brincando para os filhos que ficou chateada. Será que Ivone passava inconscientemente para seu filho que não queria que ele saísse de perto dela e que ela precisava dele?

Quando Bruno tinha dois meses, precisou fazer uma cirurgia grave. O que me chama atenção nesse episódio é que os pais ficaram no hospital com o filho, deixando a outra filha de lado. Viam ela apenas quando a avó a trazia em horários de visita. Claro que Bruno estava muito doente e precisava de atenção, mas Carolina também precisava. Essa situação mostra como desde o nascimento do filho eles tinham uma ligação muito forte com ele. Ou, talvez, ligaram-se tão fortemente a ele por ele ter ficado doente?

Outro exemplo dessa forte ligação do filho com a mãe e vice-versa é uma situação que a mãe teve problema com uma vizinha. Sem querer fechou o portão da garagem em seu carro. Chegando em casa, contou para o filho o que aconteceu e logo o interfone tocou. O filho não deixou a mãe atender e falou com a vizinha, assumindo a culpa. A mãe diz que não pediu para ele mentir, mas ficou agradecida. Será que ele achava que a mãe não conseguiria se defender ou não suportaria, assim como sua irmã achou que ela não suportaria lidar com a situação da morte do irmão?

Em uma das últimas sessões, aparece, pela primeira vez, essa ligação que Ivone tem com sua filha. Conta que sua filha pensa em sair de casa, ficar alguns anos fora. Pergunto se ela está bem com esta partida da filha e ela me responde: "é, tô". Explica-me que se preocupa como a filha vai ficar sem ela, pois é muito sensível psicologicamente, e fica doente frequentemente. Contudo, sem querer, fala que sua filha vive pedindo que a mãe seja mais independente. É a filha ou a mãe que não conseguem ficar separadas, ou as duas? Em sequência, relata que sua filha cuidou mais de seu filho que ela. Ivone teve que contar com a ajuda da filha, pois estava em depressão pela morte do marido. Precisava trabalhar e Bruno era ainda muito pequeno, inclusive largou a faculdade que sempre quis fazer porque não aguentava mais ver seus filhos ficarem dia e noite sem a mãe. Ivone relata que Carolina ficava extremamente preocupada com seu irmão, quando este saía, brigava com ele, fazia a mãe ligar para ele voltar para casa, enfim, tinha preocupações maternas. Depois da morte do pai, Bruno se tornou mais independente e Carolina mais dependente, até por conta dos problemas de saúde que desenvolveu.

Ivone conta que sua mãe é/era muito ruim com ela. Sua relação com sua mãe também foi/é conturbada. Ivone diz que sua mãe sempre foi muito brava com ela, não a deixava ler revistas que gostava e, um dia, apanhou porque ficou lendo e não lavou a louça. Não pôde ir para faculdade, sua mãe não deixou. Arranjou um emprego à contra gosto da mãe, mas, depois do expediente, precisava limpar a casa, pois sua mãe falava que eram as mulheres que tinham que cuidar da casa. Pergunto como ela reagia com a mãe e diz que, dentre seus irmãos (seis irmãos, é um das filhas do meio), era a única que se impunha e enfrentava a mãe. Acho estranho, pois Ivone não parece uma pessoa que se impõe e briga com os outros. Ela parece alguém frágil que evita brigas e tenta ter uma boa relação com as pessoas.

A paciente, quando adolescente, também teve que largar o namorado, pois sua mãe não o aceitava. Ele era mais velho que ela (uns cinco anos) e tinha problemas com drogas que Ivone foi descobrir só depois. Fico sabendo desse namorado porque, quando fala que achava que seu filho estava vivendo "coisa boba de adolescente", pergunto se ela nunca tinha se apaixonado como seu filho e, então, lembra-se desse namorado. Diz que era muito apaixonada por ele e que, uma vez, encontrou-o, quando já era casada. Sentiu a mesma paixão de adolescente. Só se casou com seu marido, pois ele era uma boa pessoa, gostava dela e sua mãe

aprovou. Chegou até terminar com ele porque ainda estava pensando no outro, mas ele insistiu e casaram.

A perda de seu filho fez com que questões muito bem reprimidas e não elaboradas viessem à tona. Isso mostra como perder um filho remete às questões narcísicas que fazem parte da constituição do sujeito e às questões simbólicas como o de ser mãe, ou seja, o de ser mulher, de acordo com Freud (1933). A não compreensão que tinha do enamoramento de seu filho com a namorada aponta para sua paixão, que também não pôde ser realizada e elaborada, assim como para sua mãe que impediu que o namoro se concretizasse. Percebe que quer e sempre quis ser diferente de sua mãe. Perder seu filho, por acreditar que falhou com ele, como Ivone fala, é para esta mãe um atestado de que o caminho que escolheu como mãe fracassou, assim como sua mãe.

Ivone expressa que não há dor pior que a perda de um filho e que é pior, quando o filho se suicida. Não entende o que aconteceu e não entende porque o filho não falou nada e não pediu ajuda para ela. Sempre que a paciente fala isso, questiono-me se era possível o filho falar alguma coisa para sua mãe. Confesso que, ao escrever este caso, dei-me conta que, muitas vezes, não lhe pergunto coisas como, por exemplo, ser possível, em sua concepção, seu filho pedir sua ajuda. Questiono-me, nas sessões, se isso não a machucaria, pois percebi que tenho medo de machucá-la e causar-lhe mais dor do que já sente. Caí na mesma posição que seus filhos. Desta vez, no entanto, estar na posição de filha não significa ser filha, mas sim mãe. A paciente se sente culpada pela morte do filho, pois acha que poderia ter feito algo para evitar esta morte. Fico receosa em questioná-la e fazê-la pensar no que está bem guardado no seu inconsciente. Sinto que a paciente parece uma criança que não irá suportar frustrações. Talvez seja exatamente esta a questão. Ivone não simbolizou, não elaborou, a perda de sua infância, continuando uma criança, mas uma criança que já viveu perdas, narcisicamente falando, enxergando-se de forma crítica e negativa. Relata sentimentos de profunda tristeza. É insuportável para ela lidar com as perdas. Há um episódio em sua vida que pode explicar esta impossibilidade de lidar com as perdas. Antes de Ivone nascer, sua mãe saiu um dia de casa para realizar certas atividades e deixou seus dois filhos (na época só tinha dois filhos) sozinhos. O filho mais novo, no entanto, saiu de casa, machucou-se e faleceu. A mãe, desde então, culpa seu filho mais velho pelo ocorrido, segundo Ivone. A paciente também relata

que a mãe sempre foi extremamente cruel com ela e não relata nenhum afeto vindo da mãe. Ivone descreve sua mãe como uma pessoa extremamente amargurada que gosta apenas de seu filho mais novo. Não poderia esta mãe ser a mãe do melancólico que Lambotte (1997) descreve? Não poderia esta falta de investimento libidinal materno da mãe de Ivone ser o que esta autora nos descreve como o trauma narcísico na estruturação do psiquismo que causa a melancolia, com um investimento libidinal apenas suficiente para criar uma moldura especular rígida, exatamente a rigidez e crítica com que Ivone se julga? Em consonância com esta hipótese de Ivone ser melancólica, há o vazio das sessões.

Dessa forma, percebo que normalmente sou eu quem precisa fazer-lhe perguntas para "engrenar" a sessão, para que fale. A sessão parece um pouco truncada e, para mim, aqueles cinquenta minutos de sessão parecem 120, mas com ela não sinto angústias como ocorre no caso da paciente Edite. Cheguei até a pensar que ela vem apenas pela pesquisa, porque muitas vezes se esquece e desmarca as sessões, além de ter relatado que queria ajudar outras mães que passam pela mesma situação que ela. Ou seja, ela não estaria no consultório por ela, mas sim pelos outros. Contudo, fala que comigo foi a primeira vez que conseguiu falar da mãe e isso lhe fez bem. Ademais, no final do ano de 2014, diz que continuaria no próximo ano e ainda me deu um presente. Para mim, o presente representa seu jeito dócil e carinhoso com as pessoas. Comigo não poderia ser diferente, afinal, a transferência está aí para provar isso.

Realmente, no início do ano (janeiro de 2015), retorna e relata um acontecimento bastante curioso. A paciente diz que ficou com um pensamento constante de que queria ter mais um filho, sonhando que estava grávida e imaginando-se grávida. Assim, um colega de trabalho casado a convidou para passar o final de semana na praia. Sabendo de seu interesse sexual por ela, não contou nada para ninguém e aceitou o convite. Com o intuito de engravidar, teve relações sexuais com este colega e, ao voltar para cidade, acreditou que poderia estar grávida. No entanto, sua filha começou a questionar com quem havia passado seu final de semana. Ivone, sentindo-se pressionada pela filha, contou o que tinha feito e suas intenções. Carolina ficou muito chateada com sua mãe por não ter contado nada e disse que estaria deixando Bruno muito triste e decepcionado. Neste momento, sua "ficha caiu" e começou a se sentir muito culpada. Percebeu que cometeu um erro de mentir para sua filha, de ter tido relações sexuais e ter

decepcionado seu filho - este último fato parece ser o mais doloroso. A paciente diz que queria engravidar para com este filho "fazer certo" e este não se matar como fez Bruno. Fala de "uma nova tentativa". Esta fala diz tudo sobre como se sente em relação a sua maternagem e, conseqüentemente, sua culpa. Acredita que ela é a responsável pela morte do filho e, engravidando novamente, poderia não errar, poderia fazer diferente.

Rudge (2008) traz um desdobramento da reação à perda de um ente querido: *acting out*. A autora, através de interessantes casos, mostra como a perda de alguém que se ama pode levar o paciente a atuar, fazendo alusão a sua dor e perda. Além disso, escreve que Abraham (1922) percebeu que muitos de seus pacientes apresentavam reações maníacas no processo de luto, após uma perda. A tentativa de engravidar poderia ser esta atuação de que Rudge (2008) fala, assim como a reação maníaca, apaixonada, que Abraham (1922) descreve. Esta seria uma forma de repetir questões inconscientes que não consegue recordar através da fala. A pergunta que fica para mim é o porquê se sente tão mal de tentar engravidar? Por que isso decepcionaria seu filho? E, se decepcionasse, por que isso seria um problema tão grande? Estaria traindo seu filho? Esta mãe colocou seu filho num lugar superegóico que a julga por ter se relacionado com um homem casado?

Pensando sobre esta questão de ter colocado seu filho em um lugar superegóico, lembrei-me de Freud (1921) que escreve que, quando há idealização de um objeto de amor, coloca-se este objeto no lugar de seu superego. Ivone não enxerga os defeitos de seu filho, não o enxerga como um todo, enxerga-o como uma perfeição, o que também não permite a simbolização de sua morte. Além disso, Abraham e Torok (1987) escrevem que, ao se perder alguém que ocupa um lugar narcísico, um lugar ideal, e que, se esta perda envolver algo que não se pode falar, como é para Ivone não conseguir falar do suicídio de seu filho, pode ocorrer uma incorporação e o ocorrido ficar em segredo, guardado em uma cripta, no ego da pessoa. Relacionando a teoria dos autores com a de Ferenczi, posso entender que esta cripta e o mecanismo de incorporação, reforçados com o fato de não se encontrar bases em um aparato simbólico para dar significado à situação, dizem de um trauma. Noto Ivone, dessa forma, invadida psiquicamente por uma quantidade de energia que não consegue ligar, isto é, vejo uma Ivone traumatizada com o suicídio de seu filho que não consegue falar sobre, projetando este núcleo traumático, em seu cachorro. Entendo que a cripta envolta da perda da paciente já

começou a ruir, pois já está “em contato” com seu filho em seu ego. Isso se mostra em suas autoacusações que podem ser direcionadas ao seu filho. A cripta ruir a leva a se encontrar em uma melancolia, pois Ivone apresenta um abandono narcísico, um trauma narcísico infantil, que se atualiza na perda de seu filho. Inicialmente, questionei-me se esta paciente não poderia estar em um estado de melancolização, mas, ao longo dos atendimentos que Ivone vai me contando de seu passado e de sua mãe, começo a entender que está me relatando um trauma infantil, está me falando de sua melancolia.

A forma como se culpa, vincula-a em um processo doloroso que não permite a elaboração de sua perda. A incorporação que realizou tem como consequência um agravamento de sua culpa, pois colocou em seu ego toda a culpa de seu filho - que não deve ser pouca, pensando que, para Freud (1917), uma pessoa, para conseguir se matar, precisa se tomar como objeto e ser julgada como tal –, além de a própria incorporação envolver um crime, o qual seu ego precisa ser julgado por seu superego, agora identificado ao seu filho. O mecanismo da identificação e da incorporação também se relacionam com suas autoacusações, empobrecimento egóico e culpa. A culpa que sente por não ter sido uma boa mãe – “O que eu fiz para ele morrer?” – são, na realidade, críticas ao seu filho que a abandonou e deixou-a sozinha. Seu superego julga seu ego e, com isso, causa sentimentos de culpa. A paciente não consegue se perdoar, pois a culpa não a deixa esquecer nunca de seu filho, prendendo-a inconscientemente em um prazer masoquista para seu ego e um prazer sádico ao seu superego. Esse reviver constante do que aconteceu também faz a paciente sentir-se angustiada.

Ivone, no entanto, em seu penoso processo de luto, em que a culpa a castiga diariamente, encontra na religião um alento para sua dor. A paciente se preocupa muito se seu filho está bem e, depois da leitura de alguns livros espíritas que falam de suicidas, acredita que ele está. Nestes livros, há também explicações dos motivos que levam pessoas a cometerem suicídio, o que, de certa forma, ajuda-a a aceitar sua perda e a forma como ela se deu.

O que percebo neste caso é que seu filho ocupou, em muitos momentos, o lugar de seu marido morto como, por exemplo, nos períodos em que dormia na cama com sua mãe. Isso mostra que o filho pode ter se identificado com este pai morto, explicando, assim, o caminho que escolheu para cessar seu sofrimento.

Outra questão que chama a atenção é que a paciente dificilmente fala em seu marido. Quando fala dele, é porque a fez alguma pergunta sobre ele e como se sente em relação a sua morte. Ivone diz que não sente mais nada e, inclusive, não sonha mais com ele, só com seu filho. Diz que, logo após a morte do marido, foi muito difícil, pois precisou tomar conta de tudo sozinha e trabalhava muito. Trabalhou tanto neste período que foi entrar em uma depressão somente três anos após sua morte. Bruno pode ter interpretado que precisava ocupar o lugar de seu pai, identificando-se narcisicamente com este. Ou, o contrário também pode ter acontecido: identificado narcisicamente com seu pai ocupou seu lugar. Isso iria ao encontro da percepção que tive de que Ivone encontrou em seu filho o seu falecido marido. A forma como fala parece que o filho supria a relação que tinha com seu marido. Supriu tão bem que a paciente nem se lembra mais dele (palavras da paciente).

Portanto, a culpa melancólica de Ivone não a deixa viver em paz, sem sofrimento, e dar um novo sentido a sua vida. A culpa de Ivone, que a massacra e satisfaz, denuncia que a perda de seu filho pelo suicídio foi traumática e a faz reviver um núcleo traumático de sua mais tenra infância que é a principal causa da sua dificuldade de elaboração da perda e sua simbolização em palavras. Por estes motivos, apesar de toda angústia, não consegue se engajar em um processo de análise. A análise permite a apreensão de que é possível lidar com a finitude, através do contato com a perda. Não é exatamente o que faz o processo de perda? Coloca o sujeito de frente com a morte, com a perda, e dá duas opções: continuar a viver com esta marca da perda e a vivência do fim ou partilhar do mesmo caminho da pessoa que ama, mas não está mais aqui presente.

## 7 DISCUSSÃO

Chegamos ao fim deste trabalho. Neste momento, vou<sup>32</sup> discutir os pontos destacados ao longo desta dissertação para chegar a uma conclusão. A pergunta que norteou este trabalho foi "Qual o sofrimento psíquico de mães que perderam seus filhos pelo suicídio?". Por meio de uma revisão de literatura das obras de Freud e de autores pós freudianos que dialogam com sua obra, atendimentos clínicos com duas pacientes que perderam seus filhos pelo suicídio e, finalmente, a análise destes dados com a parte teórica, posso chegar à resposta de que a culpa é o sentimento que mais causa sofrimento a estas mães. A culpa que estas mães sentem por perderem um filho pelo suicídio é muito intensa, porque coloca em xeque seu papel como mães, a mãe que cuida e protege. Não conseguiram realizar estas 'tarefas' que a sociedade acredita serem as de uma mãe. Sentem que erraram e que poderiam ter feito mais. Analisando a culpa destas mães, chego à compreensão de que se trata de culpas que seguem metapsicologicamente meios distintos, apesar de remeterem à mesma pergunta de acusação: "O que eu fiz para causar esta morte?". Uma das mães, Ivone, culpa-se melancolicamente enquanto que a outra, Edite, culpa-se de forma obsessiva.

Freud (1917) mostra como a neurose obsessiva pode emprestar ao luto um cunho patológico, a culpa. A culpa do neurótico obsessivo diz de um julgamento do superego, representante do id e da lei externa, ao ego. Esta instância crítica recrimina erroneamente o ego por desejos, desejos ambivalentes de ódio, alguma vez sentidos pelo id. Assim, o ego, querendo e achando que pode agradar seus senhores - onipotência -, precisa alcançar um ideal, um modelo superegógico e, se não alcançar, como é o caso de não evitar o suicídio de um filho, é julgado. Este julgamento se expressa na forma de sentimento de culpa.

Por mais que pareça contraditório, há um prazer neste sentimento de culpa que pode levar ao que Freud (1923) denomina de "reação terapêutica negativa" (p.62). O superego sádico com o instinto de morte ao seu dispor e o ego masoquista fazem uma dupla em que um se satisfaz machucando e o outro sendo machucado pelos julgamentos, o sentimento de culpa. É o que ocorre com Ivone que, presa em

---

<sup>32</sup> Aqui, novamente é escrito em primeira pessoa do singular e não do plural, pois este momento de discussão diz da compreensão que a mestrandia apreendeu, ao longo da dissertação, e quais conclusões conseguiu tirar.



sua culpa, neste movimento sádico-masquista, não consegue se desprender desta culpa e, com isso, repetindo seu sofrimento mortífero, não consegue se desprender de seu processo de perda, de seu filho. Culpa seu filho, narcisicamente identificado ao seu ego, pelo sofrimento que este lhe causa, com suas autoacusações. Está maltratando-o pelo seu abandono e obtendo prazer nesse masoquismo/sadismo. Com este processo de culpabilização, revive constantemente seu filho. É como se não pudesse melhorar. É como se culpando-se estaria sempre perto de seu filho, não conseguindo simbolizar sua perda.

O trauma de sua perda também ajuda que Ivone não consiga elaborar a morte do filho. A paciente estar traumatizada com a perda de seu filho pelo suicídio, perda que não estava preparada, leva-a a não conseguir falar muito sobre este fato. Percebo um desvio de assunto, quando questiono sobre algumas crenças, e, em uma das sessões da paciente, veio-me a percepção de que não seria possível para a paciente se responsabilizar pelos acontecimentos de sua vida, exatamente o comprometimento que a psicanálise traz com sua ética. Isso seria um peso que ela talvez não suporte. Além disso, a forma como a psicanálise trabalha para um sujeito se libertar de seus sofrimentos é entrando em contato com a perda originária, com os traumas da vida.

O trauma é, para Freud, um excesso de energia que invade o psiquismo que não estava preparado para tal situação. Ivone é, com a morte de seu filho, invadida por um excesso que não dá conta e a forma que encontra para lidar com todo esse desprazer, essa energia não-ligada, esse instinto de morte desvinculado do instinto de vida, é clivando parte de seu sofrimento, de sua perda. Ferenczi mostra como o sujeito frente ao desprazer intenso realiza uma introjeção forçada - uma incorporação como Abraham e Torok (1987) desenvolvem - e, sem encontrar apoio em seu mundo externo e interno, sem conseguir simbolizar, dar significado ao acontecimento, cria um núcleo clivado, traumatizado. A incorporação, ao contrário da introjeção, não leva a um alargamento do ego. Ela não permite que a perda seja metaforizada, ou seja, com a incorporação não tem perda, não tem luto. Como apontam Abraham e Torok (1987), para ocorrer a incorporação, este objeto 'perdido' deve estar no lugar de ideal do ego, deve cumprir um papel narcisicamente importante ao sujeito, e referir-se a uma perda indizível, por conta de um ato vergonhoso como é o suicídio de seu filho para Ivone. Ao incorporar o objeto ambivalentemente amado, este pode continuar vivo e intacto, sem falhas, no ego do

sujeito em segredo, em uma cripta, e, com isso, não precisa abrir mão do objeto amado. No entanto, vejo que no caso de Ivone esta cripta já começou a ruir.

Aqui, entra a melancolia. Ivone apresenta uma falta de investimento narcísico em sua infância, um abandono materno, um abandono do desejo materno, que a traumatizou, criando uma fenda narcísica em seu ego. A perda de seu filho, que também é traumática, atualiza este trauma infantil e a faz reviver novamente, através de sua melancolia, este abandono, esta decepção que Freud (1917) fala. Entendo que a cripta desta incorporação precisa ser quebrada para que o cadáver saboroso saia de seu esconderijo e, com isso, poder ser atacado, voltar suas acusações ao objeto ideal que a desapontou. Dessa forma, Ivone, como apresenta este trauma infantil que está revivendo com um trauma atual, não se encontra em um estado anterior ao luto, em uma melancolização. A travessia por este estado poderia levar a paciente a buscar a resolução de sua perda, sua simbolização, ou a sua não metaforização, continuando em uma melancolia (CARNEIRO; FIGUEIREDO; PEREIRA, 2006). Não consigo identificar se a paciente já passou por este estado, mas a melancolização é um conceito extremamente relevante no que se refere o estudo e a prática clínica de reações a perdas de objetos amados, pois leva, mesmo que momentaneamente, a uma não possibilidade de simbolizar a perda, por conta de seu mecanismo de incorporação e identificação. Este estado de melancolização diz de uma incorporação de partes do objeto 'perdido' identificado ao ego que faz uma modificação egóica, um estado muito semelhante à melancolia que pode anteceder o luto. No entanto, na melancolia é todo o objeto que é incorporado e não apenas partes dele. Importante, deste modo, ressaltar que a melancolização não se trata de uma melancolia. Na melancolia há uma predisposição narcísica, uma identificação narcísica e incorporação total do objeto, algo que não vemos, necessariamente, na melancolização.

Assim, a culpa do melancólico também difere. Não é obsessiva no sentido de se culpar por desejos inconscientes, como ocorre no luto. O melancólico julga inteiramente seu objeto e, por estar totalmente identificado ao seu objeto de forma narcísica, acaba julgando seu próprio ego. O melancólico utiliza-se do mecanismo da incorporação para satisfazer sua fantasia de devorar o objeto todo, tirando, com isso, seus investimentos objetais do mundo externo e voltando-os ao seu ego. A culpa da paciente Ivone, suas autoacusações, dizem, na verdade, de críticas direcionadas ao seu filho. Sua culpa se agrava ainda mais, pois, quando realizou a

identificação melancólica e incorporação da perda indizível, cometeu um crime que deve ser julgado, mas também incorporou e identificou-se com a culpa de seu filho que, provavelmente, não é pouca - lembrando que Freud (1917) escreve que uma pessoa pode se suicidar se for julgada por seu superego como um objeto, o que, no caso do filho de Ivone, pode ser uma identificação ao pai morto. O superego do melancólico se mostra, então, ainda mais cruel. O mecanismo do qual se utiliza, a identificação melancólica, leva a uma dessexualização e desfusão instintual que deixa o instinto de morte livre para o superego, tornando a melancolia uma pura cultura do instinto de morte. E assim mais culpas se adicionam às outras culpas de Ivone com as quais se satisfaz inconscientemente.

O que leva uma perda desencadear uma melancolia e não um luto? Segundo Freud (1917), a melancolia tem algo que o luto não tem: uma predisposição narcísica que leva a uma identificação narcísica e uma incorporação total do objeto 'perdido'. Abraham (1924) amplia este estudo e descobre que o melancólico sofre de um desapontamento em sua infância, normalmente um abandono materno, além de uma exacerbação e fixação no estágio oral. Acrescentando a isso, Lambotte (1997) escreve que o melancólico sofre da deserção do desejo do Outro. Estes sujeitos tiveram um breve momento de investimento narcísico, suficiente apenas para se identificarem ao significante "nada". O melancólico é, dessa forma, um sujeito traumatizado. A pessoa que perde alguém amado e está num momento de melancolização de não conseguir elaborar a perda, conseguirá ir para o caminho da simbolização de sua perda, o caminho do luto, caso não sofra de um trauma infantil que desperte um processo de melancolia. As palavras de Edite, por exemplo, não direcionam a um baixo investimento libidinal na infância, apesar das dificuldades que passou, nem a uma identificação ao "nada", além de não apresentar uma visão de um destino negativo traçado para o resto de sua vida como faz o melancólico. O que a paciente relata é uma mãe não muito preocupada com sua filha que sempre a fez trabalhar, mas relata também que sempre lutou frente as suas adversidades. A paciente me parece mais o contrário do melancólico: teve um investimento narcísico na infância que a possibilitou se constituir libidinalmente como um todo, mas o perdeu. Ela me parece depressiva. A perda de seu filho a faz reviver na depressão esta perda passada.

A depressão é um estado que protege das perdas e traumas. Diz de um não luto de um momento de prazer com o objeto que não existe mais, que foi perdido.

Este estado denuncia um momento em que se foi e tinha tudo, tanto filo quanto ontogeneticamente. Revela um momento de completo investimento narcísico que é perdido com a castração que não foi elaborado simbolicamente. A depressão pode ser desencadeada com uma nova perda e ter seu fim com um processo de luto. Percebo que é o que acontece com Edite. Pelas suas falas, parece ter sido uma criança libidinalmente investida, mas que, pelo fato de ter desencadear um estado de depressão com a perda dos filhos, não consegue, em alguns momentos, elaborar sua castração de não ser e ter tudo.

A depressão de Edite assim como sua condição de vida a protegeram de ser traumática a perda de seu filho pelo suicídio. No entanto, não é o caso de Ivone. Freud (1926) escreve que o ser humano passa por algumas perdas traumáticas ao longo de sua vida como o nascimento, a perda do objeto de satisfação, castração e perda de amor do superego. Cada uma dessas perdas são revividas, quando uma nova perda significativa e traumática ocorre. Para uma menina, e, posteriormente, uma mulher, a castração exerce um papel muito significativo no que se refere à perda de um filho. Freud escreve que um filho representa simbolicamente o falo que nem sua mãe nem seu pai lhe deram. Assim, um filho preencheria este vazio simbólico. E a ênfase cai na palavra filho, no masculino. Freud diferencia um filho de uma filha para uma mãe. O filho, por ter o falo que a mulher tanto deseja, ele sim conseguira preencher esta falta simbólica da mãe. Além disso, para Freud um filho significa partes de uma mãe, um filho representa o narcisismo renascido de seus pais. Perder um filho para uma mãe faz reviver o trauma da castração novamente e sentir-se não amada pelo superego. Tanto para Ivone quanto para Edite perder um filho significa perder partes de si mesmas e reviver sua castração.

Uma forma de reviver traumas é para Freud a angústia. Tanto Ivone quanto Edite se dizem muito angustiadas. No entanto, não conseguem descrever muito bem o que sentem, o que significa esta angústia. Não conseguir por em palavras o que sentem é característico da angústia, pois, como Freud escreve, no início de seu trabalho, a angústia diz da fronteira entre o psíquico e o somático, diz de uma energia que fica no somático e não consegue se ligar a conteúdos ideacionais. As pacientes relatam palpitações e dores no peito que não sabem por que motivo aparecem. Além disso, a angústia aparece como fator de alerta para o recalque. Ela surge como consequência de um trauma e aparece toda vez que o psiquismo percebe que uma mesma situação traumática, um mesmo excesso de energia, está

em vista da mesma forma que aconteceu em um passado. A angústia é a repetição de um trauma. Dessa forma, as pacientes, quando se dizem angustiadas, estão revivendo traumas passados, como sua castração e a morte de seu filho, no caso de Ivone. No caso de Edite, contudo, não diria que ela se traumatizou com a morte de seu filho.

Edite tem uma condição sócio-econômica bastante diferente da de Ivone. A primeira cresceu na roça, sem ter o que comer e aonde dormir, muitas vezes. A paciente sofreu um assédio por parte de seu padrasto na adolescência e sua mãe a enviou para casa de seu primo. Nessa casa, teve que trabalhar ainda mais e a comida ficou ainda mais escassa. Conheceu seu marido e resolveu, após pouco tempo que namoravam, mudar-se para cidade dele e morar com sua família. Com seu marido, mudaram-se constantemente, sempre passando necessidades econômicas, até o momento em que se instalou em uma favela em São Paulo. Nesta favela, ela e sua família conviveram com drogas e violência e um de seus filhos, viciado em drogas, já havia desaparecido antes da morte de seu outro filho. Assim, Edite não teve o mesmo fator de susto que Ivone teve, quando soube do suicídio de seu filho.

Esta mãe viver em um ambiente que a morte agressiva acontece de forma mais 'natural', no qual muitas outras mães perderam seus filhos por drogas, assassinato e suicídio, faz com que para ela o suicídio de um filho não seja vergonhoso e seu psiquismo já esteja preparado para possíveis perdas de pessoas amadas, protegendo-a de um traumatismo decorrente da morte de seu filho, diferentemente de Ivone que não consegue falar sobre o suicídio. Além disso, entendendo que o ambiente desta mãe não é tão rígido e crítico quanto o de Ivone e, que o superego é, também, uma internalização da lei externa, o sentimento de culpa de Edite não é tão doloroso quanto o da outra mãe. Seu superego não é tão rígido e crítico. Com Edite, sinto que posso fazer perguntas sobre seu filho, sobre seu passado e a paciente não vai reagir de forma negativa, não tendo dificuldades em me responder, como é o caso de Ivone. Ela chora, emociona-se, fica triste, tem momentos depressivos, lembra-se de seu filho com o qual, em suas memórias, identifica-se, mas é visível como realiza um processo de simbolização, de introjeção da perda, alargando seu ego. Não desencadeou uma melancolia ou um processo de melancolização, pois não apresenta um trauma infantil ou atual. A paciente consegue ver um lado bom na morte de seu filho. Fala que, por causa dele,

conseguiram se mudar para um bairro fora da favela. Além disso, permite-se expressar seus sentimentos negativos em relação aos filhos, falando que eles a atrapalharam muito. No entanto, mesmo não sendo tão crítica consigo mesma, a culpa é o que mais lhe causa sofrimento. Como colocado anteriormente, o fundo de suas culpas obsessivas recaí na pergunta do que fez para essa morte acontecer. Foram suas ausências durante a infância dos filhos - precisava trabalhar e deixava seus filhos sozinhos em casa -, foi a falta dos remédios que não comprou, o aborto que cometeu no passado ou seus sentimentos ambivalentes que levaram ao suicídio do filho? Edite, todavia, não fica se remoendo em sua culpa e satisfazendo-se nesse processo. Ela segue sua vida adiante com novos projetos como foi se mudar de casa. Há algo que a protege e este algo entendo como sendo seu narcisismo.

Apesar de lidar de forma positiva com sua culpa, não sucumbindo nela, Edite nega algumas de suas atitudes como mãe. Por exemplo, nega que não foi uma boa mãe e que foi rígida com eles: "Eu não fui ruim com eles. Eu não fiz nada de mau para eles. Por que fizeram isso?"; "Falta de apoio não foi, né?". Freud escreve que negando se afirma e que a negação é uma forma de se colocar algo inconsciente que o consciente não suportaria. Edite usa este mecanismo para se defender narcisicamente de seu sofrimento, de sua culpa, de não ser uma boa mãe. Causa-lhe sofrimento não ter um túmulo para enterrar seu filho e poder cuidá-lo. Entendo que essa questão envolve sua maternagem. Ela, como mãe, sente que tem o dever de cuidar de seu filho. Em relação à Ivone, sua negação envolve seu filho. Ela não consegue pensar em seus defeitos, idealizando-o como o filho perfeito.

Ademais, a transferência e a contratransferência têm um papel importante no trabalho com enlutados - como na verdade sempre tem. As angústias que envolvem uma perda tão intensa e dolorosa como a de um filho pelo suicídio, obviamente não ficarão fora do âmbito analítico e expandir-se-ão para o analista. Assim, o caso da paciente Edite me chamou muita atenção, pois, identificando-me no lugar de filha, agiu comigo ameaçando abandonos, exatamente como fez e faz com seus filhos. Posso entender que a paciente, por não conseguir recordar pela fala aspectos inconscientes não elaborados que vem à tona com a perda de seu filho, acaba atuando como forma de resistência à análise. Esta atuação da paciente foi, então, muito importante, pois me permitiu entender como a paciente age em sua vida e poder dar uma direção diferente ao tratamento. Deste modo, a paciente começou lentamente perceber seus atos que até hoje a fazem sofrer e, com, isso poder

modificá-los. O luto é um trabalho difícil, pois, por envolver uma morte da qual este mãe se culpa, o responsabilizar-se de suas atitudes pode ser vislumbrado de forma sofrida e não libertadora.

Com Ivone, esta questão ficou muito clara, pois, por meio da transferência que entrou em cena, eu sendo colocada no lugar de mãe, a paciente se mostrou como uma criança que quer ser cuidada. Parece que quer repetir o tempo todo sua infância para modificá-la, para 'reverter' seu trauma infantil e, agora, ser cuidada como nunca foi. E foi dessa maneira que agiu em muitos momentos com seus filhos. Conta que, em seu período depressivo<sup>33</sup>, sua filha assumiu o papel de mãe do seu irmão - e, conseqüentemente, dela - e relata uma situação que seu filho mentiu por ela para que ela não fosse recriminada por um vizinho. Pelo que conta, seus filhos não traziam problemas para ela, sempre resolviam suas questões sozinhos. As respostas às perguntas que se faz como o porquê seu filho não foi falar com ela, não foi contar que não estava bem, podem ser insuportáveis para esta mãe. Por não conseguir se desvencilhar de sua culpa melancólica, compreendo que Ivone faltou inúmeras sessões de terapia. Assim, fica em volta de sua culpa que, em sua maioria, é inconsciente - lembrando que o que é inconsciente é o motivo da culpa e não o sentimento de culpa - e que não a permite não sofrer. Seu superego a julga imensamente por não ter sido uma boa mãe ao ponto de seu filho não querer mais sua vida - lembrando que estas acusações são voltadas ao filho identificado ao seu ego.

A dimensão do sofrimento de uma mãe que perdeu um filho pelo suicídio envolve um golpe em seu narcisismo, além de uma perda simbólica e real, perda que leva a um golpe ainda maior por se tratar de um filho. A culpa sempre presente, a mudança de sentido de suas vidas, a identificação, a idealização, a angústia e a negação são aspectos da vida psíquica que se mostram e acentuam-se com a morte de um filho, tendo na forma de morte, o suicídio, uma dimensão que pode levar uma mãe a se ancorar ainda mais nesses aspectos. Esta dissertação mostrou como a forma que uma mãe lida com a culpa, a rigidez de seu superego, é o que as vai prender ou não em seu sofrimento de perder um filho pelo suicídio. O processo de culpabilização é o que faz sofrer. Todos os seus sofrimentos desembocam e mostram-se na culpa. Ambas as mães analisadas colocam-se a pergunta de qual

---

<sup>33</sup> É a paciente que se define como "depressiva". Esta definição é importante, pois, provavelmente, por conta de seu histórico, não se tratava de uma depressão.

suas responsabilidades na morte de seus filhos pelo suicídio e julgam-se por isso, mas de formas diferentes. No caso de Edite, apesar de seus sentimentos de culpa, ela consegue simbolizar sua perda e introjetar o objeto perdido. Já Ivone se corrói, prende-se e satisfaz-se, constantemente, em seu sentimento de culpa de não alcançar um ideal, de sentimentos ambivalentes em relação ao filho e de autocríticas direcionadas, na realidade, a seu filho, culpas estas somadas à culpa adquirida do próprio filho incorporado e identificado ao ego e à culpa do crime que se cometeu ao incorporá-lo. Dessa forma, esta mãe não se desprende de sua culpa que presentifica seu filho. A culpa, no entanto, ao mesmo tempo em que a prende em sua dor, protege-a das perdas passadas que a morte de seu filho a faz reviver. A morte de seu filho narcisicamente investido, representando partes de si, foi tão intensa e sem preparação que a traumatizou profundamente. Este trauma faz com que não consiga simbolizar e introjetar o objeto amado e a fez reviver um trauma narcísico passado, levando a uma melancolia que se mostra na forma como se culpa e na impossibilidade de simbolização da perda. Ivone encontra-se, então, em um estado que não a possibilita metaforizar sua perda.

Deste modo, a hipótese de que o sofrimento destas mães remete a uma perda narcísica de ordem melancólica, que coloquei no início para responder a pergunta de pesquisa que norteou este trabalho - "Qual o sofrimento psíquico de mães que perderam seus filhos pelo suicídio?" -, não pôde ser verificada totalmente. No caso de Ivone, posso identificar que a perda de seu filho remeteu a uma melancolia, por conta do trauma que esta perda lhe causou, atualizando um trauma anterior muito significativo. Ivone apresenta uma decepção amorosa infantil, uma predisposição narcísica. Vejo que seu sofrimento se mostra na prisão que sua culpa a coloca. Edite, por outro lado, não se mostra melancólica nem melancolizada. Edite não se traumatizou com sua perda, mas o que a faz sofrer também é sua culpa que a torna depressiva.

Portanto, por meio da análise da metapsicologia da culpa destas mães, é possível perceber se estas mães se encontram em um processo anterior à simbolização, se estão elaborando a perda ou se apresentam uma estrutura psíquica que não as permite metaforizar o objeto 'perdido'. Seus sofrimentos culminam na culpa que sentem. É a forma como se culpam, como lidam com suas culpas e, com isso, suas histórias de vida que faz a morte de um filho pelo suicídio



ser sentida como “a pior dor do mundo”, ou não. A culpa é o que as prende em seu sofrimento.

A psicanálise tem muito que contribuir com o trabalho clínico da culpa. A culpa presentifica sofrimentos distintos como os casos das mães analisadas nesta dissertação mostram. A psicanálise tem o diferencial de analisar metapsicologicamente o funcionamento psíquico dos sujeitos, conseguindo, dessa forma, compreender que, apesar da fenomenologia ser a mesma, a causa do sofrimento muda. A culpa denuncia do que e como um sujeito sofre e, portanto, não se pode abafá-la.

Conseguir demonstrar neste trabalho que a culpa é o que faz estas mães que perderam um filho pelo suicídio se aprisionarem de diferentes formas aos seus sofrimentos é de extrema importância para a clínica das perdas e, conseqüentemente, para a academia. Isso prova como trabalhar com a culpa é o caminho para uma possível simbolização ou apaziguamento da perda e mostra a necessidade de se aprofundar e debruçar-se, cada vez mais, na teoria e na prática, sobre a culpa. Este trabalho mudou meu modo de entender o funcionamento psíquico de uma pessoa que está em sofrimento por uma perda, pois me permitiu compreender que, se não se trabalha a culpa, o indivíduo fica em voltas de seu sofrimento, sem possibilidade de uma mudança de posição frente à perda.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Karl. Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais. In: ABRAHAM, Karl. **Teoria psicanalítica da libido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1924. p.81-160.

ABRAHAM, Nicolas; TOROK, Maria. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1987.

ALLOUCH, Jean. Erótica do luto: no tempo da morte seca. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

ASSOCIATION, American Psychiatric. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition: DSM V**. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

BERLINCK, Manoel Tosta. Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em psicopatologia fundamental. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000. p.313-320.

BERLINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.3, n.2, p.9-25, jun.2000. Disponível em: <[http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a\\_c linica\\_da\\_depressao\\_questoes\\_atuais.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a_c linica_da_depressao_questoes_atuais.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

BERLINCK, Manoel Tosta, MAGTAZ, Ana Cecília. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n.1, p. 71-81, mar. 2012.

CARDOSO, Marta Rezende. Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.14, n.1, p.70-82, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141547142011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Jan. 2016.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. Cinema Paradiso. **Revista Mal-Estar e Subjetivida**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p.193-197, mar. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151861482005000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482005000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 fev. 2015.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo; FIGUEIREDO, Andréa Frota Sampaio; PEREIRA, Wlândia Guimarães. Recorte de melancolização e luto em um caso de histeria clássica a partir da re-significação de episódios de pseudo-epilepsia. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology**, São Paulo, v. 6, n.2, p.16-29, nov. 2006. Disponível em: <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin\\_american/v3\\_n2/3.2%20-%203.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v3_n2/3.2%20-%203.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CIRANDANDO BRASIL. **Histórias - histórias indígenas**: A lenda dos sete estrelas. Disponível em: <[http://www.cirandandobrasil.com.br/?page\\_id=1598](http://www.cirandandobrasil.com.br/?page_id=1598)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CREMASCO, Maria Virgínia Filomena.; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 785-814, set. 2009. Disponível em: <[http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151861482009000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482009000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 maio 2014.

CREMASCO, Maria Virgínia Filomena; THIELEN, Iara Pichioni. Luto e melancolia em Anti-Cristo: um olhar clínico sobre as confissões do realizador. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 11, n. 98, p.32-49, jan.2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2010v11n98p32/12830>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FÉDIDA, Pierre. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999.

FERENCZI, Sándor. Transferência e Introjeção. In: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise I**. São Paulo: Martins Fontes, 1912. p. 77-108.

FERENCZI, Sándor. O conceito de introjeção. In: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise I**. São Paulo: Martins Fontes, 1912. p. 181-183.

FERENCZI, Sándor. Análises de crianças com adultos. In: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1931. p. 79-95.

FERENCZI, Sándor. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1933. p. 111-121.

FERENCZI, Sándor. Reflexões sobre o trauma. In: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1931-1932. p. 127-135.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [1980].

FIGUEIREDO, Luis Cláudio, MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n.70, p.257-278 jun. 2006. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FLANZER, Sandra Niskier. Sobre o ódio. **Interações**, São Paulo, v. 12, n. 22, p.215-229, Julho 2006. Disponível em:  
<<http://www.redalyc.org/pdf/354/35402210.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

FREITAS, Joannelise de Lucas et al. Revisão Bibliométrica das Produções Acadêmicas sobre Suicídio entre 2002 e 2011. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v.7, n.7, p.251-260, dez. 2013. Disponível em:  
<<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a12.pdf>>  
Acesso em: 25 out. 2014.

FREUD, Sigmund. **Gesammelte Werke**: Schriften aus dem Nachlass 1892-1939. Frankfurt: Fischer, 1892-1939.

FREUD, Sigmund. Um caso de cura pelo hipnotismo: com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da "contravontade". In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1892. p. 159-170.

FREUD, Sigmund. Extrato dos documentos dirigidos a Fliess. In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1892- 1899. p. 221-329.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1893-1895. p. 39-319.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1900. p. 39-363.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1905. p. 128-229.

FREUD, Sigmund. Breves escritos. In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1910. p. 243-249.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides). In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1911. p. 21-89.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1912. p. 111-119.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1912. p. 125-133.

FREUD, Sigmund. Totem e tabu. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914. p. 21-162.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914. p. 81-108.

FREUD, Sigmund. Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915. p. 123-144.

FREUD, Sigmund. Repressão. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915. p. 151-162.

FREUD, Sigmund. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915. p. 285-309.

FREUD, Sigmund. Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1916. p. 325-348.

FREUD, Sigmund. Sobre a transitoriedade. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915. p. 317-319.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1917. p. 249-263.

FREUD, Sigmund. Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1917. p. 229-241.

FREUD, Sigmund. Conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1917. p. 19-463.

FREUD, Sigmund. O estranho. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1919. p. 237-273.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1920. p. 17-75.

FREUD, Sigmund. Psicologia de grupo e a análise do ego. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1921. p. 79-154.

FREUD, Sigmund. O ego e o id. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1923. p. 25-71.

FREUD, Sigmund. Uma neurose demoníaca do século XVII. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1923. p. 87-120.

FREUD, Sigmund. Organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1923. p. 157-161.

FREUD, Sigmund. Neurose e psicose. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1924. p. 167-171.

FREUD, Sigmund. A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1924. p. 193-199.

FREUD, Sigmund. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1925. p. 277-286.

FREUD, Sigmund. A negativa. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1925. p. 265-269.

FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1926. p. 81-171.

FREUD, Sigmund. Dostoiévski e o parricídio. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1928. p. 183-200.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1930. p. 73-148.

FREUD, Sigmund. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1933. p. 17-177.

FULGENCIO, Leopoldo. A noção de trauma em Freud e Winnicott. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.255-270, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151724302004000200003&script=sci\\_art\\_text](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151724302004000200003&script=sci_art_text)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

GELLIS, André; HAMUD, Maria Isabel Lima. Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.635-653, set. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010365642011000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642011000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mar. 2015.

HARDT JUNIOR, Orlando. Uma neurose demoníaca do século XXI. **Ide**, São Paulo, v. 36, n. 56, p.133-141, jun. 2013. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01013106201300020009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01013106201300020009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 fev. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Óbitos por causas externas- suicídio- taxa de mortalidade específica**. Disponível em: <<http://www.serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS11>>. Acesso em: 27 maio 2014.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. Luto e culpa na análise e na vida cotidiana: (sobre as resistências do analista ou "vamos falar da morte?"). In: PERES, Urania Tourinho (Org.). **Culpa**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 121-133.

LACAN, Jacques. **Seminário V: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LAMBOTTE, Marie-claude. **O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

MEZAN, Renato. Que significa "pesquisa" em psicanálise? In: SILVA, Maria Emília Lino da (Org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993. p. 49-89.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. A melancolia na obra de Freud: um Narciso sem desculpa. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 4, n. 4, p.92-102, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017674007>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MOURA, Ana; NIKOS, Isac. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional: revista de psicanálise**, São Paulo, v. 13, n. 140/141, p.69-76, nov. 2000.

PERES, Urania Tourinho. Dúvida melancólica, dívida melancólica, vida melancólica. In: PERES, Urania Tourinho (Org.). **Melancolia**. São Paulo: Escuta, 1996. p. 11-71.



PINHEIRO, Teresa. O modelo melancólico e os sofrimentos da contemporaneidade. **Anamorfose: revista de estudos modernos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.181-192, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.anamorfose.ridem.net/index.php/anamorfose/article/view/21/15>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogério Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.147-168, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010356652010000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652010000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 fev. 2015.

PISETTA, Maria Angélica Augusto de Mello. Considerações sobre as teorias da angústia em Freud. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 404-417, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 nov. 2015.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUDGE, Ana Maria. Notas sobre a culpa no luto. In: PERES, Urania Tourinho. **Culpa**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 201-212.

RUDGE, Ana Maria. Pulsão de morte como efeito de supereu. **Ágora**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.79-89, jun.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v9n1/a06v9n1.pdf> >. Acesso em: 15 dez. 2015.

RUDGE, Ana Maria. Que atos são esses?: luto e acting out. **Psyche**, São Paulo, v. 12, n. 22, p. 67-78, jun. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141511382008000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382008000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jan. 2015.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.41-56, jan. 2005.

VERZTMAN, Julio Sérgio. O OBSERVADOR DO MUNDO: A NOÇÃO DE CLIVAGEM EM FERENCZI. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.59-78, jun.2002.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v5n1/v5n1a05.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Topics: Suicide Rates, 2014.** Disponível em: <<http://www.who.int/en>>. Acesso em: 27 maio 2014.