

FACULDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
CURSO DE PSICOLOGIA

Maira Fabiana Brauner

**LUTO, DESAMPARO E MELANCOLIA:
Construções e Reconstruções (De)Vidas**

Porto Alegre

2019

Maira Fabiana Brauner

**LUTO, DESAMPARO E MELANCOLIA:
Construções e Reconstruções (De)Vidas**

Artigo apresentado à Faculdade São Francisco de Assis, como parte integrante dos requisitos para obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Ms. Mercês Sant'Anna Ghazzi

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

A Luiz Fernando Ribeiro Moraes, grande companheiro das horas boas e daquelas nem tão boas, mas que entre momentos de escutas, dizeres, silêncios e interdições, nunca soltou minha mão. Sem ele, nada disso teria sido possível.

A Vinícios B. Vanoni, Gustavo B. Vanoni, Luiz Henrique B. Moraes, três filhos, três vidas, três homens, três destinos. Amores que entre acertos e desacertos, alegrias, tristezas e sofrimentos, certezas e incertezas, me ensinaram a ser - nem tão boa e nem tão má -, mas uma mãe possível. Experiências de borda, de presenças e ausências, de suposições e antecipações. Experiências e exercício de uma parentalidade que denuncia desde o início, a incompletude e a insuficiência do ser humano - pois, para existir cada um, foram necessários ao menos dois.

A SBP (Sociedade Brasileira de Psicomotricidade) e Centro Lydia Coriat/PoA, que entre cortes e costuras, viabilizaram encontros e reencontros com o infantil.

A APPOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre), cuja acolhida, generosidade e tempo de espera, me ensinou em ato, sobre a ética e a delicadeza na escuta e nas operações de condensação, deslocamento e deslizamento significativo, necessárias a um *vir-a-ser*.

A Mário, Eda, Jaime, Ana Maria, Dinara, cuja ética e delicadeza na escuta, viabilizaram uma *vida-a-ser*.

A Lucy, Ângela, Fernanda, Maria Ângela e Ieda, queridas supervisoras, cujas conversas, apostas, cortes e costuras viabilizaram a materialização e a sustentação do desejo de ser Psicanalista e também Psicóloga.

Um agradecimento especial à minha orientadora Mercês Sant'Anna Ghazzi, que me lançou nesta travessia e cuja competência profissional e excelência na transmissão, na escuta e no olhar, demarcaram as bordas e limites necessários para a construção deste que representa não o fim, mas o início de uma experiência de escrita da clínica, em minha trajetória profissional como Psicóloga e Psicanalista.

Aos pacientes, que me ensinam a escutar e a refletir sobre o sofrimento humano, sobre o desamparo constitutivo e sobre as castrações necessárias que causam o desejo, que causam o *vir-a-ser*.

Aos amigos, parentes, colegas de estudo e de trabalho que, de muitas formas, deixaram marcas, pelo apoio, pelo carinho e pelo incentivo de nunca desistir. Em especial, àqueles que, com suas talhadeiras, cavaram buracos, esculpiram vielas através das quais o desejo pouco a pouco conseguiu drenar e alcançar seu destino. Sujeitos com os quais foi possível a construção de laços transferenciais de amor e de trabalho.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Walter Júlio (*in memorian*), o escultor de desejos,
À minha mãe Renata (*in memorian*), a transgressora que me lançou numa outra
língua,

Ao meu marido Moraes, que sustentou o desejo do vir-a-ser,
Aos meus filhos, Vinícios, Gustavo e Luiz Henrique, pela cumplicidade nas
aventuras e desventuras de um mundo sempre novo.

Escrituração

Sinto...ma.
Má?... ma sinto.
Sinto-a em mim...ela? quem?
A história? A vida? A mãe?...de quem?
Minha, tua, nossa.
Nossa! Que história!
Que engano! Ledo engano!
Engano das certezas.
Equívocos, lapsos, atos falhos, dúvidas
Que passam, que ficam, que se resignificam.
Da experiência do equívoco...
..à possibilidade discursiva.
E assim se faz história... estória... passagens.

Deixar-se envolver por aquilo que nos causa.

A causa de nosso desejo.

Desejo inconsciente, interdito, inaudível, inapreensível.

Mas, ali, produzindo efeitos. Malditos, precisos. Reais? Imaginários?

Enfim, ...só! sós...à sós! E somente só!

À espera de uma escuta, de uma pontuação

De uma via discursiva

De um traço...

A partir do qual o sujeito possa se fazer ver, ouvir,

Surpreender...surpreender-se.

Surpresa, alienação, alteridade!

Experiência da castração!

Solidão! Insensata solidão essa que nos causa.

Causa e produz

a experiência de um si mesmo

construída a partir do outro... do Outro.

Turbilhão de conceitos, de ideias, de experiências, sempre necessárias num percurso de formação. Formação que transita entre a experiência do escutar-se à possibilidade de escutar o outro. Escuta essa que, tal como um alfaiate, risca, marca, corta e costura o tecido simbólico, real e imaginário da vida de um sujeito, um sujeito a advir.

Que desejo é esse o de ser psicanalista? De escutar o outro?

..um outro sujeito!..o Outro?

É necessário, antes, fazer-se escutar pelo outro...que outro?

Deixar-se ler pelo outro...Outro!

Exercício de alteridade complexo... complicado...

Trata-se do exercício de uma escrita...

..a escrita de si.

RESUMO

Este trabalho visa empreender um estudo, cujo interrogante refere-se ao modo como opera a cadeia significativa no trabalho analítico com pacientes em processo de luto. A base para o enlace e compreensão teórica serão vinhetas de casos atendidos em um serviço público de saúde mental, durante a experiência dos estágios em psicologia. Conceitos como cadeia significativa, luto, melancolia e desamparo, serão analisados à luz dos pressupostos freudo-lacanianos com vistas à compreensão dos mecanismos inconscientes implicados no enfrentamento do luto e seu processo resolutivo, bem como dos efeitos de subjetivação, a partir da relação transferencial e de uma escuta psicanalítica no campo da saúde pública.

Palavras-chave: Cadeia significativa. Luto. Melancolia. Desamparo. Saúde Pública.

ABSTRACT

This article aims to undertake a study, whose question refers to the way the significant chain operates in analytical work with patients in the process of mourning. The basis for linking and theoretical understanding will be vignettes of cases seen in a public mental health service during the internship experience in psychology. Concepts such as significant chain, mourning, melancholy and helplessness will be analyzed in the light of the Freudo-Lacanian presuppositions with a view to understanding the unconscious mechanisms involved in coping with mourning and its resolution process, as well as the effects of subjectivation, from the transferential relationship and a psychoanalytic listening in the field of public health.

Keywords: Significant chain. Mourning. Melancholy. Helplessness Public health.

1 INTRODUÇÃO: O INSTANTE DE VER¹

“Instante de ver, tempo de compreender, momento de concluir”. Três tempos. Tempos que traduzem o processo de constituição de um sujeito. Tempos que representam uma trajetória de formação. Tempos que assinalam uma construção narrativa em três momentos.

No momento inaugural, nomeado como “instante de ver”, que é o tempo de apresentação deste trabalho, constituído como pesquisa documental e qualitativa, o objetivo é empreender um estudo a partir de pesquisa bibliográfica e de vinhetas clínicas, para responder à questão central deste trabalho, qual seja: “como opera a cadeia significativa no trabalho analítico com paciente em processo de luto?”

Consideradas como marcas² construídas a partir da via discursiva dos casos atendidos, as vinhetas mobilizam interrogantes passíveis de produzirem discussões, análises teóricas, escritas e quiçá, formulação de teorias. Tais vinhetas foram construídas a partir de três casos atendidos no ambulatório de um serviço público de saúde mental. Trata-se de pacientes em estado, por vezes, de extrema vulnerabilidade psicossocial, com históricos de depressões graves, tentativas de suicídios, desamparo e luto patológico cuja duração variou de 4 (quatro) a 21 anos de duração. A experiência refere-se aos Estágios Específicos I e II, do Curso de Psicologia, com duração total de um ano.

Como nos alerta Bauman (2009), vivemos um tempo líquido, de fluidez nas relações humanas, no qual velocidade e eficiência transformam-se em paradigmas para as ações humanas e seus resultados. Consequentemente, há uma extrema insuportabilidade pelo tempo de espera. De acordo com Bauman:

A ‘vida líquida’ é uma forma de vida [...] precária, vivida em condições de incerteza constante [...] temores de ser pego tirando uma soneca, não conseguir acompanhar a rapidez dos eventos, ficar para trás [...] ficar sobrecarregado de bens agora indesejáveis [...] vida líquida é uma sucessão de reinícios [...] (BAUMAN, 2009, p.7-8).

¹ Os títulos: Instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir, aludem à proposição lacaniana, relativa aos três tempos lógicos da operação com o saber, apresentada nos “Escritos (1998)”, no Seminário sobre “A Carta Roubada”.

² “Marcas do caso”, consideradas operadores metodológicos, tal como definido por Dumézil e Bremond (2010).

Trata-se esse, de um tempo que exige a experiência do aqui e agora. Tempo de resoluções rápidas, dominado pela lógica do capital, do consumo e da indústria farmacológica. Tempo de objetualização das relações humanas.

Tal lógica respinga por todos os campos da vida humana, afetando e determinando processos de adoecimento psíquico nos seres humanos modernos. O campo da clínica, neste sentido, é uma expressão desta lógica, tanto nas formulações diagnósticas, quanto nas modalidades de intervenção, as quais também precisam responder com curas rápidas. Curas promovidas seja pela via medicamentosa, com os objetos farmacológicos que curam dores e angústias, seja pela via das adaptações comportamentais e emocionais à realidade fática. Curas que se resignam, muitas vezes, à simples remissão dos sintomas considerados inadequados à fluidez da vida.

Assim, o ponto que capturou meu interesse e investimento neste trabalho vai na direção oposta à lógica da vida líquida. Busca traduzir os efeitos de uma história, de desejos inconscientes, relativos a uma temporalidade que é transgeracional e o processo de uma escuta clínica, atenta e flutuante em relação aos significantes que constituem a posição simbólica do sujeito em sua história, em sua posição transgeracional. Escuta e intervenção clínica cujos objetivos não se resignam à pura e simples remissão de sintomas, mas, sim, à produção de deslocamentos e deslizamentos significantes, resultantes das elaborações psíquicas produzidas pelos sujeitos em processo de análise.

Intervenção que aposta fundamentalmente no valor da palavra, do discurso, como dispositivo de ressignificação subjetiva e elaboração psíquica do sofrimento. Portanto, trata-se de uma lógica de trabalho clínico que necessita de tempo para sua elaboração e ressignificação, que não se restringe ao fenomenológico ou à adequabilidade comportamental e emocional, mas uma lógica que auxilia o sujeito a encontrar o ponto do seu desejo (inconsciente), possibilitando-lhe ancoragens para viver melhor sua própria vida.

A escolha deste tema refere-se a um dos aforismos lacanianos (1998) de que o inconsciente está na ponta da língua. Ou seja, que o inconsciente aparece no discurso do paciente, porém não no dito, senão que no dizer; não no enunciado, senão que na sua enunciação, através das formações do inconsciente expressas nos lapsos, nos esquecimentos, nos chistes. Neste sentido, o próprio sintoma é concebido como um discurso, constituído por significantes que precisam ser lidos,

escutados e decifrados. Afinal, como afirma Lacan em “Função e campo da fala e da linguagem”:

Quanto à psicopatologia da vida cotidiana, outro campo consagrado por uma outra obra de Freud, está claro que todo ato falho é um discurso bem-sucedido, ou até formulado com graça, e que, no lapso, é a mordada que gira em torno da fala, e justamente pelo quadrante necessário para que um bom entendedor encontre ali sua meia palavra (LACAN, 1998, p. 269).

Sendo assim, acredito que o trabalho possua relevância clínica, para a formação do profissional da psicologia e da psicanálise, relevância científica, na medida em que visa tensionar as modalidades de formulação diagnóstica na contemporaneidade, a partir de duas grandes referências, a psiquiátrica e a psicanalítica e relevância social, por tratar-se de um trabalho analítico realizado em ambulatório de serviço público de saúde mental, no atendimento a uma população em condições, por vezes, de extrema vulnerabilidade psicossocial.

Para construir o trabalho, foram necessários vários desdobramentos que configuram o “tempo de compreender”. Inicialmente, compreender as relações e diferenças entre diagnósticos nosológicos e estruturais, a partir das classificações psiquiátricas e da perspectiva freudo-lacaniana, relativas aos quadros de sofrimento psíquico. A base para esta análise são os Manuais DSM-5³ e o CID-10⁴, com os quais construo um certo tensionamento entre a perspectiva fenomenológica dos manuais diagnósticos e a perspectiva estruturalista da psicanálise freudo-lacaniana, para a análise da dimensão do sofrimento psíquico de um sujeito.

Na sequência, a compreensão das relações e diferenças entre luto, melancolia e suas relações com o desamparo, bem como, a análise das relações transferenciais e a direção da cura, construídas durante o processo analítico. A reflexão vai na direção de uma compreensão sobre a operação da cadeia significativa no enfrentamento do processo de luto, desde as referências da psicanálise freudo-lacaniana.

Por fim, o “momento de concluir”, não foi construído com o objetivo de fornecer respostas, senão que de viabilizar aberturas a novos possíveis, tomando o

³ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

⁴ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, também conhecido como Código Internacional de Doenças (CID-10).

discurso como dispositivo de cura, mas não só. É necessário considerar o contexto sócio-histórico para pensar o sujeito e seu processo de saúde/adoecimento.

2 TEMPO DE COMPREENDER

Através de cortes e recortes, a ideia é encontrar os pontos de amarração entre as vinhetas e os elementos conceituais que nos permitirão compreender a operação da cadeia significativa e os movimentos de deslocamentos, condensações e deslizamentos com os quais cada sujeito pode dar curso à sua existência singular. A começar pela diferença entre a perspectiva psicanalítica e a nosológica na formulação diagnóstica.

2.1 Diagnósticos nosológicos e estruturais: diferenças e relações

No campo da psicopatologia, as hipóteses diagnósticas podem ser construídas, fundamentalmente, a partir de duas perspectivas: nosológica ou estrutural. *Nosologia* é uma área da medicina que se ocupa do estudo, descrição e classificação fenomenológica das doenças. Portanto, no campo específico da psiquiatria, refere-se à classificação fenomenológica da patologia psiquiátrica, de acordo com os manuais de classificação das psicopatologias, como por exemplo, o Código Internacional de Doenças/CID-10 e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/DSM-5.

Quanto à perspectiva *estrutural*, esta diz respeito não ao fenomenológico, mas aos mecanismos inconscientes, relativos ao desejo, aos complexos edípicos e, fundamentalmente, ao “nível em que a fantasia se implica no sintoma” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 41). As hipóteses diagnósticas, neste caso, são formuladas em transferência, através do encontro na relação terapeuta/paciente, no qual são produzidas as narrativas, ou seja, a condição discursiva do sujeito.

Para trabalharmos com diagnóstico na clínica psicanalítica, é necessário diferenciarmos “sintomas” de “traços estruturais”. Joël Dor (1997), nos ajuda nessa diferenciação. Afirma que, para Freud, o sintoma é sempre sobredeterminado e ligado diretamente aos processos primários, em especial ao processo de condensação, enquanto que, para Lacan, o sintoma é descrito como metáfora, ou seja, o sintoma representa uma substituição significativa. Em outras palavras, como

uma das formações do inconsciente, os sintomas são constituídos por sucessivas estratificações significantes, cuja seleção não responde a nenhuma escolha estável, senão que à gestão do desejo. Segundo Dor, há, por um lado, uma indeterminação relativa da escolha dos significantes e, por outro lado, uma determinação incontornável, “cuja intendência do material significativo se efetua apesar do sujeito” (DOR, 1997, p. 22-23).

Dizendo de outra forma, é nesta intendência, determinada inconscientemente e relacionada à fantasmática, que poderemos encontrar os traços notáveis e estáveis da estrutura psíquica do sujeito. É por conta desta intendência, que os sintomas adquirem um caráter aleatório, imprevisível e altamente significativo. Como tal, somente podem ser pensados a partir da posição discursiva do sujeito e da relação transferencial estabelecida entre paciente e analista. Portanto, o diagnóstico na perspectiva estrutural, só pode ser construído num tempo *a posteriori*. As avaliações fenomenológicas ou nosológicas, ao contrário, sustentam-se a partir dos fenômenos observáveis, ou seja, das evidências. De nada informam sobre as determinações inconscientes e fantasmáticas que condicionam os sintomas.

Com vistas a uma melhor compreensão das relações e diferenças entre ambas perspectivas diagnósticas (nosológica e estrutural), nada melhor do que algumas vinhetas dos casos atendidos por mim no ambulatório de um serviço público de saúde mental.

“M” é um homem de 38 anos de idade, divorciado, pai de duas filhas, com histórico de depressão grave e internação hospitalar por tentativa de suicídio. Refere o início de sua depressão após o falecimento do pai, quando “M” estava com 34 anos de idade. Portanto, vivia um processo de luto há quatro anos quando iniciou seu atendimento no ambulatório⁵. Com a depressão e a tentativa de suicídio de “M”, a esposa pede a separação e vai morar em outro Estado, para que *as filhas não vissem o pai tão adoecido* (sic). “M” volta a morar na casa materna.

Seu tratamento no ambulatório durou cerca de 18 meses, ao longo dos quais recebeu vários diagnósticos nosológicos. Inicialmente e, de acordo com o Manual

⁵ No Ambulatório deste serviço público de saúde mental, os estágios têm a duração de 1 (um) ano. “M” ingressa no serviço em meados do ano, é atendido por 6 meses por uma colega – estagiária de psicologia, e, no início do ano seguinte, com a troca de estagiários, recebo-o em atendimento, permanecendo com ele até o final do ano.

CID-10, foi diagnosticado como Esquizoafetivo Depressivo⁶ (F25.1), cujos principais sintomas eram anedonia⁷, avolia⁸, ideação suicida e pensamentos recorrentes de morte. São iniciados atendimentos psicológico e psiquiátrico, com acompanhamento medicamentoso⁹.

Na atual versão do DSM-5, a esquizofrenia foi enquadrada como um espectro, juntamente com outros transtornos psicóticos e o transtorno da personalidade esquizotípica. Assim, em relação ao “espectro da esquizofrenia”, o Manual afirma que:

Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos [...] Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e avolia (DSM-5, 2014, p. 87-88).

Com exceção da avolia, em nenhum momento da história clínica de “M” ocorreram episódios delirantes ou alucinatorios, tampouco pensamento ou comportamento motor desorganizado ou anormal. Neste caso, a avolia apresentada pode enquadrar-se como um dos sinais da depressão que é, precisamente, o traço que caracteriza a história clínica de “M”.

No início dos atendimentos com “M”, persistiam ainda sintomas como perda da autoestima, ideias de desvalia ou culpa, anedonia e avolia, porém diminuem os pensamentos de morte e as ideações suicidas e passa a referir “medo de morrer” e necessidade de “cuidar-se”. O quadro nosológico, de acordo com o Manual (CID-10), altera-se para Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave, sem sintomas psicóticos (F31.4). Tal classificação pressupõe episódios anteriores (ao menos um) de mania ou hipomania. “M” não apresentava e não relatou episódios maníacos em nenhum momento desde o início de sua depressão, mas referiu algumas vezes sentimentos de irritabilidade, que poderiam ser classificados como hipomaníacos, porém sem desorganizações ou alterações motoras.

⁶ Transtornos em que os sintomas esquizofrênicos e os sintomas depressivos são proeminentes de tal modo que o episódio da doença não justifica o diagnóstico nem de esquizofrenia, nem de um episódio depressivo. Esta categoria deve ser utilizada para classificar quer um episódio isolado, quer um transtorno recorrente no qual a maioria dos episódios são esquizoafetivos do tipo depressivo. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

⁷ Perda da capacidade de sentir prazer, próprio dos estados depressivos graves.

⁸ Falta de vontade extrema.

⁹ Psicofarmacologia inicial: Lítio, Risperidona, Paroxetina, Quetiapina.

Em relação ao Transtorno Bipolar, especificamente o do Tipo II, consta no DSM-5 que:

O transtorno bipolar tipo II, que requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, não é mais considerado uma condição “mais leve” que o transtorno bipolar tipo I, em grande parte em razão da quantidade de tempo que pessoas com essa condição passam em depressão e pelo fato de a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social (DSM-5, 2014, p. 123).

Portanto, neste momento de sua história clínica e, de acordo com a nosologia psiquiátrica, “M” corresponde aos critérios diagnósticos de um quadro de Transtorno Bipolar do tipo II, sem episódios maníacos, porém com episódios hipomaníacos de irritabilidade. Mais recentemente, como efeito do tratamento interdisciplinar da psicologia e da psiquiatria, com a conseqüente remissão (parcial) dos sintomas e em processo de remissão dos sintomas mais intensos, as hipóteses diagnósticas nosológicas para o quadro sintomático de “M” passaram para Episódio Depressivo Grave (F32.2), sem sintomas psicóticos¹⁰ e, após, para Episódio Depressivo Leve (F32.0), manifestando humor deprimido, perda de interesse, de prazer e aumento da fadigabilidade.

Todo esse movimento nosológico permite a constatação das evidentes alterações produzidas no comportamento e nos conseqüentes diagnósticos de “M”, como resposta aos 18 meses de tratamento. A questão que se coloca aí, no meu ponto de vista, diz respeito não apenas às modificações e deslocamentos no comportamento sintomático do sujeito que sofre, mas à direção da cura, com as respectivas estratégias de intervenção e sua eficácia. Neste sentido, como opera a cadeia significativa, a partir da escuta analítica e da relação transferencial, para promover o giro discursivo na posição sintomática do paciente, em direção à uma cura possível?

Antes de entrar na especificidade que me concerne, vou apresentar brevemente outras duas vinhetas, para situar os diagnósticos nosológicos e, posteriormente, construir as tessituras necessárias em direção à reflexão sobre a

¹⁰ Conforme o Manual CID-10, a categoria F32 corresponde a Episódios Depressivos e, especificamente F32.2, caracteriza episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

operacionalidade da cadeia significativa no trabalho analítico com os pacientes em processo de luto e de desamparo, desde a perspectiva estrutural da psicanálise freudo-lacanianana.

A segunda vinheta, é sobre “R”, uma mulher de 58 anos, casada e mãe de três filhos homens: à época do atendimento comigo, o filho mais velho estava com 38 anos, casado, pai de uma menina e residindo com a família em outro Estado. O segundo filho de “R” havia falecido há 21 anos por atropelamento, quando estava, à época, com 13 anos de idade. “R” culpa-se pela morte deste filho, alegando que ela e o marido estavam no trabalho e ele sozinho em casa, andando de bicicleta na rua com os amigos. O terceiro filho, um adolescente de 14 anos de idade, vivia sob uma rigorosa tutela de “R”, que referia medo de perdê-lo também, justificando dessa maneira, sua presença constante junto ao filho. *Eu não deixo nem ele fechar a porta do seu quarto (sic)*, dizia ela.

“R” estava em atendimento neste ambulatório há cerca de 12 anos quando a recebi em atendimento. Seu tratamento comigo, individual e semanal, teve uma duração de 6 meses, quando então, recebeu alta do serviço. Diagnosticada desde o início com Transtorno de Personalidade, do tipo Borderline (F60.3) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo/TOC (F42.0), com predominância de ideias ou rumações obsessivas em relação ao filho morto e um histórico de muita agressividade com passagens ao ato, especialmente em relação aos familiares. Desde o início recebeu atendimentos em psicologia e psiquiatria, com os seguintes psicofármacos: Carbamazepina, Fluoxetina, Haldol, Diazepan, Lítio. De acordo com o Manual CID-10, Transtorno de Personalidade, tipo Borderline, refere-se a:

[...] tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo “borderline”, caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas¹¹ (CID-10, 2008, versão eletrônica).

¹¹ Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

E, em relação ao Transtorno Obsessivo Compulsivo/TOC (F42.0), com predominância de ideias e ruminções obsessivas, o Manual CID-10 diz que:

Pode-se tratar de pensamentos, imagens mentais ou impulsos para agir, quase sempre angustiantes para o sujeito. Às vezes trata-se de hesitações intermináveis entre várias opções, que se acompanham frequentemente de uma incapacidade de tomar decisões banais mas necessárias à vida cotidiana. Existe uma relação particularmente estreita entre as ruminções obsessivas e a depressão, e deve-se somente preferir um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo quando as ruminções surgem ou persistem na ausência de uma síndrome depressiva¹² (CID-10, 2008. Versão eletrônica).

De acordo com “R”, todos os sintomas começam após a morte do filho, há 21 anos atrás. O quadro nosológico de “R” manteve-se estável por quase todo o tempo que durou seu atendimento na instituição. Ao final, a hipótese nosológica de Borderline passou para Transtorno Afetivo Bipolar.

Ao recebê-la em atendimento, deparei-me com uma mulher cujo sofrimento transbordava pelos poros, expressado no modo de sentar e gesticular intenso, agressivo e, ao mesmo tempo um olhar assustado e cansado, denunciando muita angústia e ansiedade. Testemunho em meu corpo o cansaço que essa mulher carrega. Recriminação da família, por não parar de falar do filho morto; seguir vendo-o entrar pelas portas e janelas (ciente de tratar-se de sua imaginação); preservar o quarto do filho morto intacto, sem deixar ninguém entrar e não mexer em suas roupas, é o que “R” conta repetidas vezes, denunciando com sua irritação, *essa repetição que não a leva a lugar nenhum* (sic).

Compulsões a repetições que, pela classificação nosológica, recebem o nome de Transtorno Obsessivo Compulsivo/TOC, cuja lógica interventiva vai na direção de rápidos e eficazes esbatimento dos sintomas, seja por técnicas racionalistas ou tratamento psicofarmacológico. Mas, o que insiste nestas repetições? Quais os desejos inconscientes e fantasias inscritas nesta insistência? Desde a perspectiva estrutural, não interessa silenciar o sintoma, silenciar o sujeito, senão que possibilitar ressignificações, simbolizações disso que insiste em não deixar de se inscrever. Dar voz ao sujeito para que possa trazer para a palavra seu sofrimento, mal-estar e angústia.

A terceira (e última vinheta) é sobre uma jovem adulta, de 29 anos de idade, a quem designo com a letra “A”. Mãe de dois filhos: um menino, à época do

¹² Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

atendimento com dois anos e 4 meses de idade e uma menina, falecida aos 6 meses de idade, vítima de um acidente. “A” tem histórico de drogadição, com uso recorrente de álcool e outras drogas, desde a adolescência. Após a morte da filha, intensificou o uso das drogas e ocorreram duas tentativas de suicídio, com uma internação hospitalar. Como o pai das crianças também era usuário de drogas, a avó paterna era quem estava com a guarda provisória do filho. “A” inicia seu tratamento psiquiátrico e psicológico sob medida judicial como condição para reaver a guarda de seu filho. Havia suspeita de negligência dela no caso do falecimento da filha mais nova.

“A” iniciou atendimento psicológico no serviço, em meados do ano e, cinco meses depois, na troca de estagiários, recebo-a em atendimento. Faziam 9 meses que a filha havia falecido. Diagnóstico nosológico de Transtorno Afetivo Bipolar (F31.4), episódio atual depressivo grave, sem sintomas psicóticos, com indicação das seguintes medicações: Lítio, Risperidona, Clorpromazina. Após 8 meses de tentativa, recebeu alta do tratamento psiquiátrico e farmacológico por não adesão. Permaneceu somente em atendimento psicanalítico comigo, até o final do ano.

Bem, até aqui estamos no campo dos fatos e dos fenômenos. Como pensar a estrutura ou os traços estruturais dos sintomas apresentados pelos sujeitos? Se, para a nosologia psiquiátrica *sintoma* é sinal de uma doença, para a psicanálise freudo-laciana é sinal de um conflito inconsciente. Os sintomas, entendidos como respostas do sujeito às demandas do outro/Outro, possuem duas classificações na psicanálise: uma, como *sintomas de estrutura* (*sinthome*), os quais uma vez definidos, caracterizam a estrutura psíquica do sujeito adulto¹³, seja no campo da neurose, da psicose ou da perversão; outra, como *sintomas clínicos* (*symptôme*), que podem ser entendidos como um certo fracasso na resposta às demandas do Outro e que, por isso, necessitam de intervenção clínica.

Neste sentido, qual a borda que delimita um *sinthome* de um *symptôme* para pensarmos uma intervenção em transferência¹⁴, que viabilize deslizamentos ou deslocamentos na cadeia significativa dos pacientes em processo de luto. Quais os conflitos inconscientes? Como se diferenciam luto e melancolia e quais relações com o desamparo?

¹³ Na infância, diz-se que as estruturas são indefinidas, uma vez que se consolidam a partir da adolescência.

¹⁴ O tema da transferência será tratado em capítulo específico mais adiante.

2.2 Luto, melancolia e suas relações com o desamparo

As três vinhetas falam de casos muito graves, com sofrimentos muito intensos, que se singularizam em cada história. Entretanto, através da condição discursiva dos sujeitos, é possível reconhecer um traço comum entre eles, qual seja: por um lado, a ausência de delírios e alucinações. “M”, “R” e “A” sabem que suas ideias e fantasias são frutos de suas imaginações. Por outro lado, todos enunciam incertezas, ambivalências, dúvidas, questionamentos e muitas queixas contra um outro.

Queixas que, do ponto de vista discursivo, permitem uma distinção entre diferentes estruturas psíquicas. À título de exemplo, na psicose, as queixas do sujeito dizem respeito a um outro que é sempre um perseguidor e se apresenta de forma delirante ou alucinatória; na queixa neurótica, ocorre uma projeção sobre um “outro” de culpas, faltas e impotências que o sujeito reconhece, de forma inconsciente e denegatória, em si mesmo; na melancolia, por sua vez, a queixa é dirigida a um outro que o próprio sujeito não consegue saber quem é. Ou, como bem destaca Carone (CARONE apud KEHL, 2006), queixar-se é dar queixa. Portanto, o melancólico queixa-se de alguém a quem não é capaz de identificar.

Sendo assim, do que se “queixam” ou a quem se endereçam as queixas de “M”, “R” e “A”? Como situar os traços estruturais e a posição simbólica a partir da qual, os respectivos sujeitos situam-se em relação ao outro/Outro. Examinemos mais detidamente o que nos diz a teoria acerca dos diferentes processos e estruturas, numa tentativa de tessitura aos recortes discursivos das vinhetas.

No texto intitulado “Luto e Melancolia” [1917], considerado fundamental, porém polêmico, que possibilitou diferentes leituras e interpretações, Freud define luto como uma “reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como a pátria, liberdade, um ideal, etc” (FREUD, 2006, p. 103). Afirma que no luto o que se perde é um objeto, enquanto que na melancolia a perda acontece sobre o próprio Eu. Segundo Freud:

[...] uma parte do Eu do paciente se contrapõe à outra e a avalia de forma crítica, portanto, uma parcela do Eu trata a outra como se fora um objeto. A instância crítica que nesse caso foi capaz de se separar do Eu [...] é a instância comumente denominada *consciência moral* (*Gewissen*) [...] Ao ouvirmos pacientemente as múltiplas auto-recriminações do melancólico, não temos como evitar a impressão de que as mais graves acusações [...]

se aplicam perfeitamente a uma outra pessoa que o doente ama, amou ou deveria amar. [...] Assim, tem-se nas mãos a chave para o quadro da doença: as auto-recriminações são recriminações dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio Eu (FREUD [1917], 2006, p. 107).

Na melancolia, o investimento libidinal sobre o objeto mostra-se “pouco resistente e firme e foi retirado” (FREUD [1917], 2006, p. 108). Essa energia libidinal liberada, ao invés de ser deslocada para outro objeto, retorna sobre o próprio Eu, produzindo então, uma identificação do Eu ao objeto abandonado. Portanto, diz Freud, “a perda do objeto transformou-se em uma perda de aspectos do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada transformou-se num conflito entre a crítica ao Eu e o Eu modificado pela identificação” (FREUD [1917], 2006, p.108). Por isso, o traço mais característico da melancolia é a auto-acusação. Segundo Freud “no luto, o mundo tornou-se pobre e vazio; na melancolia, foi o próprio EU que se empobreceu” (FREUD, 2006, p. 104).

Frente a tentativas de encontrar uma rede de apoio na qual “A” pudesse ancorar-se, por exemplo, aproximando-se dos irmãos ela respondia dizendo *eu já causei muitos problemas para eles, não vou atrapalhá-los mais!* (sic).

De acordo com Leader (2011, p. 16), “no luto, sentimos pesar pelos mortos; na melancolia, morremos com eles”. Mais adiante, esse autor, referindo-se à Freud, afirma que no luto é possível saber “quem” foi perdido, enquanto que na melancolia é preciso saber “o que foi perdido” na pessoa que morreu.

Quinet (2006), na sua leitura do texto freudiano, afirma que tanto no luto, quanto na melancolia, é da dor de uma perda que se trata. Perda relativa tanto a uma pessoa amada quanto a outro significante idealizado, colocado em seu lugar, como Pátria, ideal, liberdade. Portanto, tanto a melancolia quanto o luto podem ter o mesmo elemento desencadeador: a perda de um ser amado. Porém, na melancolia, trata-se de uma perda que não poderá ser simbolizada, porque, segundo o autor, tal perda desvela um furo no psiquismo relativo “à forclusão do Nome-do-Pai” (QUINET, 2006, p. 204).

Nome-do-Pai nomeado por Lacan como significante-mestre (S1), que funciona como operador no psiquismo, relativo à Lei simbólica que interdita o incesto, regulando os limites e as possibilidades de vida dos sujeitos. Referido aos complexos de Castração e de Édipo, Nome-do-Pai é o regulador dos desejos inconscientes, apontando à instância de um terceiro, o Outro da cultura, a partir da

qual um sujeito se constitui no campo da neurose. A forclusão do Nome-do-Pai indica, portanto, o fracasso na interdição do gozo materno e, conseqüentemente, o risco de uma estruturação no campo das psicoses.

Neste sentido, compreendemos um pouco a confusão relativa à melancolia, se estaria no campo das psicoses maníacos-depressivas ou das neuroses narcísicas.

Kehl (2013), no texto “Melancolia e Criação”, que compõe o prefácio da edição brasileira e comentada do livro “Luto e Melancolia” de Freud [1915], traduzido por Marilene Carone, afirma com clareza e delicadeza, que na melancolia trata-se de um fracasso na constituição do narcisismo primário, estabelecendo a melancolia como uma neurose narcísica. E tal falha no narcisismo é o que caracteriza a diferença entre a desolação do melancólico e o sofrimento característico do sujeito em processo de luto.

Para Kehl:

O trabalho psíquico empreendido pelo enlutado, embora empobreça o ego e torne o sujeito inapetente para quaisquer outros investimentos libidinais, pode ser considerado um trabalho da ordem da saúde psíquica. É um trabalho de paulatino desligamento da libido em relação ao objeto de prazer e satisfação narcísica que o ego perdeu por morte ou abandono. Ter sido arrancado de uma porção de coisas sem sair do lugar: eis uma descrição precisa e pungente do estado psíquico do enlutado. A perda de um ser amado não é apenas perda do objeto, é também a perda do lugar que o sobrevivente ocupava junto ao morto. (KEHL, 2013, p. 14).

Na melancolia, o sujeito não consegue fazer esse trabalho psíquico de retirada da libido do objeto perdido para reinvesti-la pouco a pouco em outro objeto, porque o melancólico se identifica com esse objeto que foi perdido. Ou seja, ele é o próprio objeto que caiu. É isso que significa a famosa frase freudiana, de que “a sombra do objeto caiu sobre o Eu”.

Quinet (2006), retomando os três tempos da pulsão, tal como referida por Freud no texto “As pulsões e seus destinos” [1914], traz o verbo “torturar” como paradigmático da melancolia, para pensar as vozes da pulsão. Assim, temos:

1º tempo: voz ativa = Ele **o** tortura (o sujeito tortura o objeto)

2º tempo: voz reflexiva = Ele **se** tortura

3º tempo: voz passiva = Ele **é** torturado

O discurso melancólico caracteriza-se por esse 2º tempo, reflexivo, de auto aplicação da tortura, do auto flagelo, do auto-assassinato. Ou seja, o melancólico

não se suicida, ele se auto-assassina. Quinet nos faz lembrar que Freud, na segunda tópica, afirma que o sujeito é originalmente masoquista. O autor afirma que “a melancolia, como pura cultura da pulsão de morte, desvela o masoquismo primário do sujeito” (QUINET, 2006, p. 207). Ou, como dizia Freud, “o melancólico se comporta como uma ferida aberta”, como um poço de lamentos e auto-acusações.

Todos esses fragmentos me reportam ao conceito de desamparo e suas relações com a melancolia e o luto. O bebê humano, mesmo nascendo a termo, vem ao mundo completamente despreparado e necessitando de um outro semelhante que se responsabilize por ele. Nasce, portanto, incompleto e dependente de um outro. Freud no texto “Introdução ao Narcisismo” [1914], assinala a precedência do autoerotismo sobre a constituição do narcisismo primário. E, portanto, o Eu é uma unidade que precisa ser construída a partir da relação com o outro cuidador.

O bebê precisa ser banhado de significantes, representantes do desejo do casal parental sobre esse pequeno sujeito. Significantes cuja sede de inscrição é o próprio corpo do bebê. Corpo receptáculo de traços e marcas simbólicas, que criam bordas, limites, experiências de satisfação, experiências que indicam presenças, mas também ausências. Ou seja, os objetos da pulsão: voz, olhar, fezes, toque, são oferecidos ao bebê pelo agente das funções maternas, porém não o tempo todo.

Dizendo de outra forma, a mamãe – como representante do Outro –, ou quem exerce as funções maternas com o bebê, é quem erotiza e libidiniza o corpo e os funcionamentos corporais do bebê. É a mãe que olha e captura o olhar do bebê, mas também retira esse olhar, direcionando-o a outros objetos de sua satisfação. Esse tempo de ausência, de deslocamento do objeto de desejo, provoca no bebê, o seu movimento/desejo de convocar o olhar da mamãe.

O objeto “a” lacaniano, é precisamente o objeto causa do desejo; esse objeto “olhar” que cai, inscrevendo a falta e, conseqüentemente, convocando no bebê, o desejo pelo objeto perdido. Trata-se da instalação do circuito pulsional. Circuito de convocações e de respostas, representadas por experiências de satisfações sempre parciais. Circuito sustentado pela operação da castração, do exercício da função paterna, da inscrição do Nome-do-Pai. Neste circuito de presenças e ausências, o bebê experimenta uma condição de desamparo e de abandono fundamentais e absolutamente constitutivos, pois permitem ao bebê o exercício da falta e da castração. Desamparo estruturante, portanto, da condição neurótica e produtor de angústias.

A melancolia, como patologia instalada no tempo de constituição do narcisismo primário, com a queda do Outro, a não inscrição do Nome-do-Pai e a conseqüente identificação do sujeito ao objeto, faz com que a criança precise ir encontrando outros significantes que façam suplência ao Nome-do-Pai. O melancólico padece de um desamparo da ordem do absoluto. Da ordem do Real, daquilo que é impossível de simbolizar. Trata-se de um desamparo estrutural, que produz uma cisão entre a imagem e o objeto, fazendo com que o sujeito despojado das vestes narcísicas, seja confrontado ao lugar do objeto, do dejetivo. Frente a isso, como opera a castração nos processos de luto na neurose e na melancolia?

Na neurose, quando o sujeito perde alguém que ama, se vê confrontado com sua castração e se angustia. Na melancolia, o sujeito identificado ao lugar de dejetivo, refere um esvaziamento de sentimentos e, por falta da operação da castração, não se angustia. Afinal, é a castração que dá sentido à perda. O que resta ao sujeito melancólico é a estrutura de seu supereu que toma a dianteira e trata sadicamente o sujeito como um objeto.

Pelas narrativas de “A”, se deflagra um discurso melancólico, com o qual se coloca como a culpada pela morte da filha; por não conseguir fazer nada na vida; por não conseguir se manter nos empregos. Questionada sobre a morte do pai e a violência¹⁵ que a mãe infligia sobre os filhos, ela respondia *mas a gente aprontava, especialmente eu!* (sic). Como um sem saída, era o próprio Eu, o destinatário de todo o seu ódio.

De acordo com Quinet (2006), a profunda dor que o melancólico experimenta, é uma dor de existir e, de acordo com o autor, essa dor ocorre, pois a função fálica da castração não está operando. Diz ele:

No momento em que o sujeito se depara com a forclusão do Nome-do-Pai, há uma perda das vestes narcísicas do objeto: a imagem cai e o sujeito se vê identificado com o objeto [...]. O sujeito se torna esse oco sem consistência alguma, esse nada [...]. Lacan, em seu Seminário 10, *A angústia*, mostra como o melancólico atravessa a imagem para atingir o objeto, o que é patente na defenestração. O melancólico atinge o objeto caindo como dejetivo (QUINET, 2006, p. 210).

¹⁵ As crianças eram amarradas, surradas com o que a mãe tinha na mão, queimados com cigarro.

Mais adiante, o autor afirma que:

[...] na melancolia, diz Freud, parece que toda a vertente de Eros desapareceu e só ficou o ódio, o qual o sujeito volta contra si mesmo, surgindo então a autotortura [...] há uma forclusão do Outro do amor; ele perde esse Outro que ama e cuida, e o que lhe sobra é um supereu extremamente cruel, que odeia o sujeito [...] A pulsão que prende o melancólico à vida parece ter se desprendido: é o gozo do masoquismo que faz da melancolia a pura cultura da pulsão de morte (QUINET, 2006, p. 210-211).

Diferente na neurose, pois o luto evoca sentimentos de desamparo, de abandono e também de ódio, porém endereçados à pessoa que o deixou (LEADER, 2011). Para a aceitação dessa perda o sujeito neurótico se vê confrontado à sua própria castração. O trabalho psíquico, neste sentido, será o de enfrentamento da castração e, a partir daí, a possibilidade de um deslocamento do investimento libidinal para outro objeto, elaborando o processo do luto.

Segundo Leader (2011, p.45), “os sintomas neuróticos são formas de fazer perguntas”, as quais geralmente ocultam relações de amor e ou ódio em relação a alguém. O que dificulta o processo de elaboração do luto, nesse sentido, de acordo com as elaborações freudianas, não seria o amor que nutrimos pelo ente querido, mas a mistura, a ambivalência entre amor e ódio. Na melancolia, o sujeito não faz perguntas porque já tem a solução. Afinal, ele é sempre o culpado.

Ao referir, no início deste trabalho, a diferença entre diagnóstico nosológico e estrutural, bem como a importância e a necessidade de distinguirmos sinais de traços estruturais, o argumento se sustenta no sentido de refletirmos sobre a direção da cura nas diferentes formas de sofrimento psíquico dos pacientes a quem recebemos e por quem nos responsabilizamos.

A diferença entre as três vinhetas apresentadas certamente não encontramos na expressão dos sinais e sintomas. Ao contrário, neste sentido, eram todos muito semelhantes e evidentes: luto, depressão, tentativas de suicídios, avolias, anedonias, agressividades, com nuances temporais e de intensidades em cada um. Também em relação à intervenção psicofarmacológica, medicações semelhantes, pois geralmente indicadas para “esses casos”, com nuances de dosagens de caso a caso. Aliás, essa é a proposta justamente dos manuais de classificação: a tentativa de universalização dos quadros nosológicos para uniformização da linguagem médica.

Para a clínica psicanalítica, o ponto de investidura diz respeito aos traços estruturais, pinçados na via discursiva dos sujeitos, através do estabelecimento de uma relação transferencial com o paciente. Relação sempre singular e relativa à uma escuta atenta, qualificada e flutuante do analista.

Neste sentido, lanço a hipótese de que “M” e “R” possuem algumas semelhanças quanto aos traços estruturais que nos remetem ao campo das neuroses. Ambos realmente enfrentavam um processo de luto, pela perda de entes queridos, cujo desfecho pode ser considerado exitoso. No entanto, “A” em seu discurso melancólico, revela um desamparo estrutural, cujo cenário de violência e agressividade denunciavam a pregnância das pulsões de morte desde momentos muito precoces de sua vida. Dizendo de outra forma, a morte da filha reedita desamparos e perdas estruturais experimentadas em sua própria infância.

Como operou a cadeia significativa em relação a cada uma das vinhetas, a partir da relação transferencial na direção da cura, é o que busco costurar a seguir, para articular melhor as vinhetas e as respectivas intervenções.

2.3 Transferência, cadeia significativa e direção da cura.

“No começo da psicanálise está a transferência”, diz Lacan na Proposição de 9 de outubro de 1967 (LACAN, 2003, p. 152). Mais adiante, no Seminário 8, dedicado especificamente à Transferência, trabalha a topologia dos quatro lugares e apresenta o conhecido esquema “L” (em anexo). Afirma que o diálogo analítico refere-se a uma “imparidade subjetiva” na qual dois sujeitos estão presentes na cena analítica. No entanto, não se trata de dois sujeitos e dois discursos, senão que de dois sujeitos, porém um discurso: o do paciente. A posição do analista nesta cena é de devolver ao paciente seu próprio discurso, de forma invertida.

De acordo com Betts:

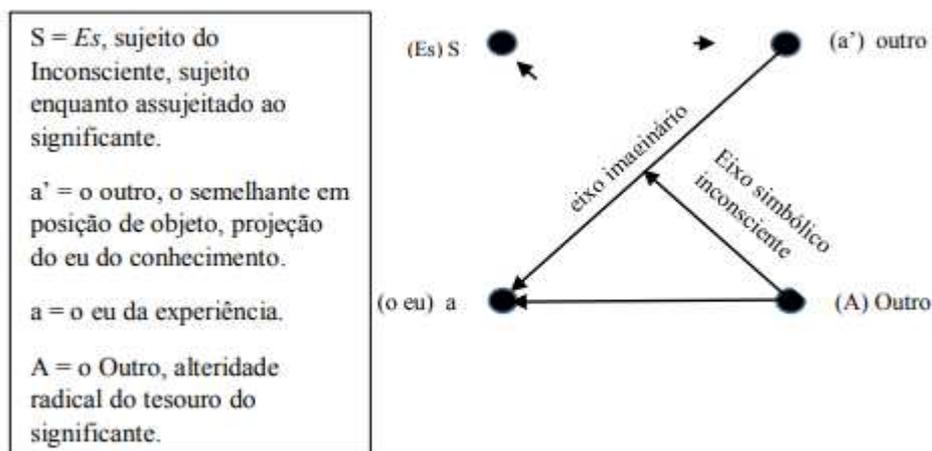
A escuta flutuante do analista nessa perspectiva visa na interpretação não traduzir um significante por outro, mas abrir a polissemia dos significantes enunciados pelo analisante para além do sentido do que ele ‘quis dizer’, recortando de sua fala o significante que o representa para outros significantes [...]. ou seja, a interpretação abre para a polissemia do significante, mas não é um abrir para todos os sentidos, pois a cadeia significativa de um sujeito está articulada à sua história, transgeracional, ao seu contexto cultural e aos significantes que seguirão em suas associações (BETTS, 2018, p. 227).

Portanto, partindo do pressuposto que um significante representa o sujeito para outro significante, podemos afirmar, seguindo Ocariz (2003, p. 112), que “um significante é um significante porque existe a suposição de que significa algo”. E, mais adiante, ela afirma que “um sintoma é um significante porque significa outra coisa”. Neste sentido, o trabalho do analista não visa o dito ou o significado sobre qualquer palavra falada por seu analisante. A escuta flutuante do analista visa os significantes relativos ao campo da enunciação, ao campo do inconsciente, relativos ao dizer do analisante. Trata-se de significantes que precisam ser recortados do discurso do paciente e que aparecem nas repetições, nos chistes, nos lapsos, nos esquecimentos.

Em “Função e campo das palavras” (1998), Lacan afirma, seguindo Freud em relação às associações livres, que é no cruzamento das formas verbais que podemos detectar “os nós da estrutura [...] o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada” (1998, p. 270).

Para a psicanálise fala e linguagem estão relacionados, porém são distintos. Enquanto fala, ou palavra falada, corresponde ao eixo imaginário, linguagem corresponde ao eixo simbólico. Respectivamente, o eixo do significado (enunciado) e o eixo simbólico da posição inconsciente da enunciação (significante). Ambos se entrecruzam, constituindo o Esquema “L”, proposto por Lacan, conforme o esquema abaixo:

ESQUEMA “L”



Fonte: Adaptado de Lacan, 1998.

Assim, na cena analítica ao falar, o analisante faz falar o Outro da linguagem, ou seja, a fala, relativo ao eixo imaginário, sempre cruza o eixo simbólico do Outro. Por isso, “o eu sempre diz mais do que quer pelo fato de que é falado no lugar do Outro” (BETTS, 2018, p. 226). Risos, olhares, números, esquecimentos, silenciamentos, inversões, trocas de palavras ou letras, são os pontos onde algo do desejo inconsciente e das fantasias do sujeito podem ser *dadas-a-ver* ao trabalho atento e delicado de uma escuta analítica.

Partindo da ideia freudiana no trabalho do luto, relativa a um esgotamento das representações, Leader (2011), no livro intitulado “Além das Depressões”, trabalha com a lógica de uma separação do objeto transportado a uma outra cena, no sentido de situar o objeto perdido em outro registro. A isso, Leader dá o nome de “quadros representacionais” ou “moldura”, a qual define como:

[...] divisora de espaços, construtora de limites, consolidando a ideia da representação. Em outras palavras, a moldura, coloca a imagem em outro lugar, em outro nível, marca uma diferença entre o objeto e a representação daquele objeto. A moldura constrói assim, um espaço diferente, um *espaço representacional*. Coloca o objeto *em outro registro* (LEADER, 2011, p.107).

De acordo com o autor, a moldura permite que “o que é visto seja situado como uma representação”. Ou seja, é auxiliar o sujeito “a passar de uma representação a uma representação de representação” (LEADER, 2011, p. 109).

Nesta direção, é possível recortar alguns significantes que surgiram nas cenas clínicas com “M” e “R”, do tipo: reconhecer que sim, o ente querido morto, “nunca mais voltará”, mas sua representação na vida de quem segue vivo poderá ser preservada; “ódio” projetado sobre outros vivos, mas cujo endereçamento seria ao próprio morto, por haver abandonado quem se mantém vivo; “falta” que não só o pai morto, mas também a mãe faz na infância do sujeito; “falta” que remete ao binário presença-ausência; “falta” que denuncia a insuficiência constitutiva do sujeito; “corte” como causador de morte, mas também garantia de vida, pois é de cortes que se trata a construção de um sujeito desejante; “cortes” que diferenciam o Eu e o Outro. Enfim, significantes que representam o sujeito para outros significantes.

Significantes que não são lidos como tais no campo da nosologia. Neste, interessam apenas os “sinais”, as evidências, os indicadores comportamentais de tentativas de suicídio, depressão, agressividade, enfim. Evidências que

fundamentam diagnósticos nosológicos como TOC, Borderline, Depressão. Importantes, sem dúvida, especialmente nos casos em que a vida ou a morte do sujeito coloca-se em questão e a conduta exige o pronto esbatimento do sintoma. Neste trabalho, a ideia foi produzir tensionamentos entre as “evidências” e o latente. Entre o consciente e o inconsciente na direção da cura.

Na perspectiva estrutural, o trabalho do analista é recortar significantes do discurso do sujeito, com os quais o falante poderá construir ou alargar sua colcha de retalhos, ou seja, sua cadeia significante, relançando tais significantes à composição de outros quadros representacionais. Construir “molduras”. Diferenciações espaço-temporais que permitem deslocamentos. Fazer a vida andar ao invés de repetir o mesmo.

Faço meus, os questionamentos de Leader: “quais são os processos inconscientes que caracterizam o trabalho do luto? E, uma vez começado, o luto pode realmente terminar?” (LEADER, 2011, p. 106). Segundo o autor:

Estar tão completamente à mercê do passado é insuportável e, portanto, para que o trabalho de luto ocorra, certos detalhes precisos devem ser selecionados, conferindo-lhes um poder eletivo: eles se tornam símbolos, representando outras cadeias de pensamentos e sentimentos, substituindo-os ou assumindo seus lugares. Tudo isso indica uma mudança de níveis: é a diferença entre ser assombrado por cada aspecto da realidade e encontrar formas de representá-la, esvaziá-la, transformá-la, torná-la, aparentemente, uma representação (LEADER, 2011, p. 109).

Trata-se de um processo de reconstruções e ressignificações com os quais o sujeito pode remontar a cadeia dos significantes que organizam seu modo de viver, redirecionando seu desejo e sua libido a outros objetos, que lhe possibilitem viver a sua vida, sem precisar apagar sua história. Afinal, os sujeitos carregarão para sempre as malas de suas histórias. A aposta é de aliviar o peso de tais malas, tornando-as mais suportáveis de serem carregadas.

Em relação a “A”, mesmo tendo sido trabalhado desde o início, a necessária troca de estagiários, quando se aproxima o momento anunciado, ela abandona o atendimento e os contatos são infrutíferos. Sequer para a possibilidade de recondução dos atendimentos. Resta uma questão que remete ao insuportável da reedição de um abandono primordial – estrutural –, para ela e para mim: qual o destino desta jovem? É uma posição que remete o analista à sua própria castração. À revelia do seu desejo.

3 MOMENTO DE CONCLUIR

O momento de concluir é sempre delicado, pois não representa a finalização de um trabalho, senão que cortes, costuras e relançamentos para outros tempos e espaços de elaborações. Representa a dinâmica necessária ao trabalho analítico, com vistas a produção dos deslocamentos e deslizamentos necessários, relativos às intervenções no enfrentamento dos sofrimentos daqueles que nos pedem ajuda.

E, em se tratando de um trabalho de conclusão de curso/TCC, representa um ritual de passagem. Passagem da condição de aluna à de profissional. Passagem que representa um reconhecimento e uma inscrição social na condição de Psicóloga.

No entanto, fica sempre um resto. Resto de dúvidas, de medos, de angústias. Restos que permitem questionamentos. Restos que nos permitem seguir adiante, carregando cada um de nós nossas próprias malas. Para tanto, o famoso tripé defendido desde o pai da psicanálise, nosso querido Sigmund Freud: análise pessoal, supervisão e ensino. Muito estudo, muito diálogo entre os pares e muita reflexão, para sustentarmos as eternas parcialidades e insuficiências. Faltas necessárias para seguirmos desejando.

Mas, neste momento, é preciso encontrar um fio de discurso para a tessitura necessária dos pontos elencados neste trabalho. Sendo assim, apesar da opção em restringir meu recorte sobre o luto, a melancolia e o desamparo, a depressão e sua diferença com a tristeza, subjazem ao tema, nas três vinhetas apresentadas. E penso que esse será o fio com o qual pretendo encerrar esse trabalho, relançando questões para seguir trabalhando.

Na lógica da vida líquida, diante dos imperativos de felicidade, a ordem é “seja feliz, custe o que custar!” O preço, muitas vezes, é caro demais, pois incide sobre o apagamento do sujeito. A lógica do capital, à qual responde a indústria farmacêutica e grande parte das intervenções na área da saúde, impõe aos sujeitos objetos que garantam a tal felicidade. Objetos que apagam e silenciam os sujeitos, retirando-lhes a chance de experimentar os sentimentos, como reordenadores do gozo social. Reordenadores das escolhas e dos investimentos libidinais. Processos importantes, relativos ao exercício das castrações e renúncias necessárias e imprescindíveis ao processo civilizatório.

Diante dos imperativos sociais e do capital, cujo produto é a patologização da vida subjetiva, qualquer tristeza é diagnosticada (e medicalizada) como depressão, sem a devida compreensão de que é na depressão, nas manias, nas tentativas de acabar com a própria vida, nos silêncios e nos silenciamentos, que “o analista deve ir buscar a expressão significativa de seu sofrimento” (KEHL, 2009, p. 53), o sofrimento dos sujeitos. Expressão significativa e inconsciente que é denunciada através do *symptôme* dos sujeitos. Como diz Ocariz, o “inconsciente é um saber que o sujeito ignora, é o saber da repetição” (OCARIZ, 2003, p. 113). Para essa autora:

O sintoma é construído por metáfora e metonímia, obedecendo deste modo às características de um significante. O sintoma é um significante que veio ocupar o lugar do significante recalcado, é uma metáfora. Sintoma é uma discordância no relato; é algo que o sujeito diz sem saber o que está dizendo; é algo que produz ruptura, discordância, algo que vibra (OCARIZ, 2003, p. 112).

Nas relações entre luto e melancolia, Leader afirma que o enlutado faz um verdadeiro escrutínio, pesquisando memórias, esperanças e sentimentos (de amor e de ódio) ligados à pessoa que já não está mais lá. No luto patológico, esse trabalho de escrutínio fica paralisado, principalmente, pela pregnância do sentimento de ódio em relação à pessoa que morreu e, conseqüentemente, pelo abandono e desamparo à que o sujeito sobrevivente fica submetido. Na melancolia, o ódio inconsciente é voltado contra o próprio sujeito, pois identificado ele próprio ao objeto que caiu.

Como nos ensina Freud nesse belíssimo texto “Luto e Melancolia” que não basta a um sujeito separar-se do objeto perdido. É necessário um verdadeiro “trabalho psíquico” para poder perder o objeto. Ou seja, renunciar a ele, desligar-se pulsionalmente e reinvestir sua libido em outros objetos. Trata-se de um trabalho de corte e costura. Na melancolia, se a entendemos como uma neurose narcísica, trata-se de produzir uma costura – entre imagem e o Eu – e depois, um corte, para relançar o sujeito a um investimento em outro objeto, que não mais seu próprio Eu. De uma forma ou de outra, trata-se de refazer o jogo com o objeto.

A escolha de um tema, nunca é casual.

Neste sentido, falar sobre o desamparo, sobre o sofrimento do outro, é também uma forma de fazer falar sobre si mesmo. E, trabalhar com a escuta dos sofrimentos, é evitar que os rios percam seus discursos, como bem nos diz João Cabral de Melo Neto no lindo poema intitulado *Rios sem Discursos*:

Quando um rio corta, corta-se de vez o discurso-rio de água que ele fazia; cortado, a água se quebra em pedaços, em poços de água, em água parálitica. Em situação de poço, a água equivale a uma palavra em situação dicionária: isolada, estanque no poço dela mesma, e porque assim estanque, estancada; e mais: porque assim estancada, muda, e muda porque com nenhuma comunica, porque cortou-se a sintaxe desse rio, o fio de água por que ele discorria. O curso de um rio, seu discurso-rio, chega raramente a se reatar de vez; um rio precisa de muito fio de água para refazer o fio antigo que o fez. Salvo a grandiloquência de uma cheia lhe impondo interina outra linguagem, um rio precisa de muita água em fios para que todos os poços se enfrasem: se reatando, de um para outro poço, em frases curtas, então frase a frase, até a sentença-rio do discurso único em que se tem voz a seca ele combate.

REFERÊNCIAS

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BETTS, Jaime. Considerações sobre O vocabulário do Homem dos Lobos - uma Criptonimia. In: LORA, D. Z.; SILVA, S. M. da (orgs.). **Retornos do Homem dos Lobos**. Porto Alegre: Sulina, 2018, p. 221-245.

DOR, Joël. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus, 1997.

DUMÉZIL, C.; BRÉMOND, B. **L'invention du psychanalyste: le trait du cas**. Toulouse: Érès, 2010.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O Diagnóstico em Psiquiatria e Psicanálise. **Rev. Latinoamericana de Psicop. Fundamental**, v. 1, p. 29-43, 2002.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: _____. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.2

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KEHL, Maria Rita. Melancolia e Criação. In: FREUD, S. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

LACAN, Jacques (1953). Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.237-324.

LACAN, Jacques (1960-61). **A transferência**. O Seminário 8. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques (1966). Seminário sobre "A Carta Roubada". In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 13-66.

LACAN, Jacques. A Proposição de 9 de Outubro de 1967. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LEADER, Darian. **Além da depressão**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2011.

OCARIZ, Maria Cristina. **O sintoma e a clínica psicanalítica**: o curável e o que não tem cura. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2003.

OMS. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social**: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.