

MELISSA DE SOUZA CARNEIRO LEÃO FERNANDES

**LUTO, MELANCOLIA E FINITUDE: REFLEXÕES SOBRE O PERDER
E O MORRER NA OBRA FREUDIANA À LUZ DE UM CASO CLÍNICO.**

Monografia de conclusão do Curso de Especialização em
Psicologia Clínica: Teoria Psicanalítica
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adela Stoppel de Gueller

COGEAE – PUC/SP
2017

LUTO, MELANCOLIA E FINITUDE: REFLEXÕES SOBRE O PERDER E O MORRER NA OBRA FREUDIANA À LUZ DE UM CASO CLÍNICO

RESUMO

FERNANDES, Melissa de Souza Carneiro Leão. *Luto, Melancolia e Finitude: reflexões sobre o perder e o morrer na obra freudiana à luz de um caso clínico*. Monografia. 35p. Pontifícia Universidade Católica – PUC, 2017.

O presente estudo tem como objetivo, através das reflexões desdobradas por um caso clínico, destrinchar as produções freudianas que abordam o luto, a melancolia, a transferência e a finitude, num caminho de pesquisa que inclui, não somente os processos psíquicos daqueles que escutamos, como também os aspectos emocionais mobilizados no analista, que se relembra faltante e mortal ao acompanhar alguém que se despede da vida.

Palavras-chave: luto, melancolia, morte, transferência, Freud.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Adela, por sua compreensão tão generosa e por me entusiasmar objetiva e afetivamente. Obrigada por ouvir meu desejar.

Agradeço a Marcelo, por sua vida. Vida sem a qual este trabalho não seria possível.

E agradeço à minha avó, Helena. Responsável pelas cores dos meus passos e caminhos. Por me encorajar, do início (de tudo) até o fim, e ainda depois de já não estar aqui. Ela está nas palavras aqui escritas, e vive nas marcas e nas batidas do meu coração.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução | 6 |
| 1º Tempo. Sobre o luto e a melancolia | 10 |
| 2º Tempo: Sobre a transferência | 18 |
| 3º Tempo: Sobre a finitude | 22 |
| Considerações finais | 29 |
| Referências bibliográficas | 34 |

*“Passarinho na gaiola fez um buraquinho,
Voou, voou, voou, voou...”*

(Hervé Cordovil e Mário Vieira)

INTRODUÇÃO

O interesse pelo trabalho em questão surgiu pelas experiências vivenciadas no ambiente hospitalar, nesses poucos, porém intensos primeiros anos posteriores à graduação. Discorrerei, brevemente, sobre minha trajetória no âmbito supracitado, com o objetivo de contextualizar melhor meu foco de pesquisa.

Formei-me ao final de 2012, já ingressando em fevereiro do ano seguinte, o aprimoramento em Psicologia Hospitalar, que me renderia à ocupação de 40 horas semanais, durante um ano, me profissionalizando na assistência de pacientes internalizados em hospital geral. A partir de então, o universo hospitalar, que sempre me foi significativamente atraente, passou a ser, também, um contraponto entre “assustadoramento” e satisfação. Satisfação, pois sempre estive entre os meus primeiros sonhos de aspirante à psicóloga, e “assustadoramento” porque não imaginaria a densidade exata das situações práticas vivenciadas pela profissional inexperiente e iniciante, pela jovem de 23 anos recém-feitos, por alguém que tinha sido pouco apresentada ao lado menos colorido, porém não menos vibrante da existência humana. E foi durante este ano, que a morte passou a conversar comigo de forma amistosa, como uma colega de trabalho, que me desafiava a encontrar maneiras de como acolher melhor aqueles filhos que perdem seus pais (tenham eles, os filhos, 06 ou 60 anos), de como explicar aos pequeninos netos que ciclo objetivo e tão complexo de começo-meio-fim é este no qual seus avós (e eles também) estão inseridos, de como abrandar e ser continente ao sofrimento de uma mãe que, contra as leis da lógica temporal, perde sua cria (sim, ainda tenho a ilusão de que, de certa forma, conseguimos prestar esse serviço); e, de como estar disponível a escutar naturalmente a experiência lúcida da consciência de se estar morrendo aos 05 ou aos 95 anos. Esses personagens da vida real passaram a protagonizar não somente meus dias de trabalho, como também meus sonhos, minhas angústias em dias de folga, minha análise (ressaltando que retornei após seis meses de afastamento, depois de perder meu primeiro paciente, que me ensinou muito sobre “vamos conversar sobre o morrer”, enquanto falecia de leucemia, aos 18 anos). Desde então, adotei a premissa de que se eu conseguisse me apoiar melhor numa compreensão sobre a morte que abarcasse para mim um

sentido suficientemente tangível, talvez se tornasse mais seguro caminhar pelos corredores de atuação que ela determina.

Findado o aprimoramento, enredei-me no mundo clínico, o que afinou meu outro sonho de aspirante a psicóloga, que sempre conversou muito, amigavelmente, com o pouco que sabia sobre psicanálise, que foi o que me trouxe para este curso, que esta monografia pretende concluir.

Em 2016, retornei ao hospital, então, não mais podendo me proteger atrás do título de aprimoranda, sendo responsável pelo acompanhamento dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, as temidas UTI's, oferecendo também suporte psicológico aos respectivos familiares.

Sinto-me, então, impulsionada a retomar meus questionamentos sobre a finitude, após três anos das primeiras experiências, e com algumas marcas pessoais, significativamente, profundas que me aproximaram ainda mais da incompreensão que ela proporciona. Creio que fazer da psicanálise o trilho por onde minhas descobertas irão caminhar, me proporcionará a construção de um caminho, o mais confortável e seguro quanto possível, seja no hospital, seja na clínica.

Freud (1915), mobilizado pelo transcorrer da Primeira Guerra Mundial, desenvolve reflexões sobre o impacto sofrido pelos psiquismos em detrimento de todo sofrimento acarretado por aquele tempo. Questiona-se sobre um período de transformações imensuráveis, sem referências temporais, e que impedem o vislumbre do futuro. Define a si mesmo e ao povo daquela época, como “desencaminhados”. Indivíduos profundamente amargurados, que se deparam com uma realidade “cruel, exasperada e brutal”, da qual, segundo ele, sempre evitaram de acreditar. Não conseguiríamos fazer uma alusão a esses “tempos de Guerra”, à luta travada contra o adoecimento? Um diagnóstico que comprova a existência de uma patologia orgânica grave, de um prognóstico, significativamente ruim, também não traz intrínseco em si um vislumbre nebuloso do futuro, com a certeza de procedimentos, suficientemente agressivos, exigindo do psiquismo um esforço quase que aquém de sua capacidade, para que se possa existir numa realidade de extrema despersonalização, causando um esfarelamento emocional em qualquer estrutura neurótica?

Freud (1915) destaca o quanto somos incapazes de imaginar nossa própria morte, e justifica esse fato pela ausência da referência que temos sobre o nosso próprio morrer. Sabemos que cortar o dedo com uma faca dói, pois literalmente já

sentimos essa dor. Sendo assim, não sabemos sobre as dores do morrer, até que se morra de fato.

Apesar do conhecimento, racionalmente desenvolvido de que qualquer ser vivo está atrelado à lógica do começo-meio-fim, encaramos a morte como uma causalidade, uma fatalidade, e não como algo da ordem do normal (FREUD, 1915).

O autor destaca também os sentimentos ambíguos relacionados à morte de pessoas amadas. Ama-se tanto que o limite eu-outro se confunde a tal ponto de enterrarmos nossas esperanças, nossas aspirações e nossos prazeres à medida que enterramos esses sujeitos encharcados de investimentos afetivos. Nesse momento, são recusadas quaisquer tentativas de consolo, e qualquer sugestão que se assemelhe a uma possível substituição da figura que ocupava um determinado lugar no psiquismo de quem perde. Porém, esses investimentos afetivos não são constituídos por uma via de mão única, sendo que sentimentos de raiva, ódio e agressividade também são, ou já foram destinados à pessoa, agora morta. Para Freud (1915), foi justamente desse conflito sentimental originado da morte de pessoas amadas, que surgiu no homem o interesse em se aprofundar nos estudos sobre a morte. Para ele, foi justamente desse conflito que nasceu a psicologia.

Sabidamente, provocada nas orientações da monografia, fui instigada a considerar escolher um caso clínico que me acompanhe e me auxilie no embasamento dos estudos que se seguirão, posto que sempre utilizo os mesmos exemplos quando justifico verbalmente a escolha do meu tema. Sendo assim, creio que minha associação livre denuncia. Inevitavelmente, marcas significativamente, cravadas nos meus registros profissionais/pessoais.

Então, apresentar-lhes-ei aquele que chamarei ficticiamente de Marcelo, numa expectativa de endossar minhas reflexões e argumentações; e, porque não, paralelamente, progredir na elaboração dos silêncios que ele me proporcionou.

Marcelo, 15 anos, não carregava somente o fardo de uma doença orgânica incurável, como também, o fato de ter contraído o HIV através de sua própria mãe, portadora, que não tomou os devidos cuidados para que seu filho não nascesse já acometido. Marcelo se tornou órfão de mãe um ano e meio depois do seu nascimento. Considero que trabalharemos então, a temática da morte e do luto não só pela vivência de nosso protagonista da própria finitude, como também pelo seu processo de significação da morte da mãe.

Para tanto, apoiar-me-ei, principalmente, nas seguintes obras de Freud: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905); Totem e tabu (1913); A Dinâmica da Transferência (1912); Recordar, Repetir e Elaborar (1914); Os instintos e seus destinos (1915); Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915), Luto e melancolia (1915); Observações Sobre o Amor de Transferência (1915) e Transitoriedade (1916). Dialogarão comigo e com tais obras, Daniele John, em Reinventar a vida: narrativa e ressignificação na análise (2015), e Eliane Brum, com a reportagem Vida até o fim (2008).

Considerando as pontuações feitas até aqui, imagino que destrinchar tais produções proporcionará o início de um caminho de pesquisa que inclui não somente os caminhos psíquicos daqueles que escutamos em seus processos de perder e morrer, como também os aspectos emocionais mobilizados no analista, que se relembra faltante e mortal a cada passagem que acompanha.

1º TEMPO. SOBRE O LUTO E A MELANCOLIA

“Surgira na primavera, como um pequeno broto em um galho grande, perto do topo de uma árvore alta”.

(Léo Buscaglia)

Darei o nome fictício de Marcelo para o paciente sob o qual se estenderão as seguintes reflexões.

Marcelo, 15 anos, foi acompanhado durante sua internação hospitalar na enfermaria de Moléstias Infecciosas. O paciente se recusava a tomar as medicações pertinentes ao seu quadro clínico há mais de seis meses (o que resultou na piora do seu estado de saúde), e então, a intervenção psicológica foi solicitada pela equipe médica que o assistia. Marcelo era portador de HIV em consequência do que se classifica como transmissão vertical (transmissão de uma infecção ou doença a partir da mãe para seu feto no útero, ou recém-nascido durante o parto).

Quando entrei no quarto pela primeira vez, Marcelo encontrava-se em pé, ao lado da janela. Foi parcialmente receptivo, o que evoluiu, positivamente, no decorrer do atendimento. Apresentava-se, significativamente, entristecido e insatisfeito com a internação, chorando de forma enérgica, o que sugeria revolta, não apenas decorrentes de sua situação atual, mas em relação a todo o contexto que envolvia sua doença, que exigia cuidado e manutenção permanentes e constantes, e principalmente, em relação ao fato de ele não ter responsabilidade quanto ao contágio do HIV. Dizia, referindo-se à mãe, *a culpa foi dela, se ela tivesse se cuidado quando estava grávida de mim, eu não teria nascido assim*. Pontuou, então, que era sua mãe que tinha HIV, e que pela ausência dos devidos cuidados, o contaminou. *E eu nem cheguei a conhecê-la direito, tinha menos de dois anos quando ela faleceu por causa dessa doença*. Marcelo culpava a mãe pelo seu adoecimento, e também pela sua morte, que o fez crescer sem ela. Fechou-se, e passou a não mais iniciar diálogo espontâneo, respondendo somente ao que lhe era solicitado. Contou que morava com o pai, com a madrasta, com dois enteados do pai, e com um irmão menor por parte do pai e da madrasta. Contou também, que

trabalhava na rua 25 de março e que queria sair logo do hospital para retomar o trabalho. Ao fim do atendimento, percebi que ele observava atento uma pipa no céu através da janela. *Está olhando a pipa?* Respondeu-me: *Sim, queria ser como ela, livre e voador.*

Quando nos encontramos de novo, levei à sessão o Baralho das Emoções, um jogo onde cartas são sorteadas contendo perguntas que o jogador que sorteia faz ao seu oponente. Através da brincadeira, Marcelo conseguiu se expor mais (para mim e para ele mesmo). Explicou que sua rotina de medicações sempre foi intensa, e que ele cansou disso, além do que, destacou que o pastor da sua igreja (Marcelo era evangélico), lhe disse que Deus realizaria seu maior sonho. Explicou-me então, que seu maior sonho era constituir uma família, casando-se e tendo filhos, e que se Deus realizaria seu sonho, isso queria dizer que ele o curaria e que era disso que dependia sua melhora, e não do uso das medicações. Disse também, de uma situação marcante que viveu, quando, em um passeio da escola, num sítio, viu um colega de classe sofrer um acidente que o levou, posteriormente, à morte. Referiu-se a essa situação, como uma das mais tristes que já viveu. Nesse dia, fez questão de pontuar que os atendimentos eram os momentos mais felizes do seu dia. Numa pergunta que dizia “Qual hora do dia você mais gosta?”, respondeu: *Quando você vem conversar comigo.* Comecei a notar em Marcelo alguns comportamentos que sugeriam um movimento de me colocar no lugar da figura materna ideal. Quando ele destacou como estava sendo bom ser cuidado, ficou implícito seu pedido: *Não deixe de cuidar de mim você também.* Mostrou-me então um livro que ganhou da familiar de um paciente que dividiu o quarto com ele, e me disse que aquele livro o descrevia. Proponho que leiamos juntos no próximo atendimento, mas ele me diz que não, que quer deixar o livro comigo para que eu leia em casa no final de semana. O livro do qual se tratava recebia o título de Um Dia ‘Daqueles’: uma lição de vida para levantar seu astral, de Bradley Trevor Greive (2001). É composto por fotografias de animais, sendo que cada imagem vem acompanhada de uma frase. As frases se iniciam descrevendo sensações de entristecimento, que vão sendo revertidas quando o fim do livro se aproxima. Ao me deparar com afirmações como: “São dias miseráveis, quando você se sente um lixo, sem ânimo para nada, sozinho no mundo, e literalmente ‘acabado’”, seguidas por: “Bom, se você é como todo mundo, pode se agarrar à crença idiota de que tudo há de dar certo no fim”, terminando em “Jamais recue. Meta as caras! Vá em frente! Afinal de contas, a vida

não é uma loucura?”, entendo que, ao ler o livro repetidas vezes, Marcelo tentava encontrar uma espécie de fórmula que o ajudasse a enfrentar toda aquela avalanche de sentimentos tomados por um desamparo que ele não conseguia descrever. Marcelo nunca quis discutir o conteúdo do livro nos atendimentos.

Conheci então seu pai, que se mostrou receptivo e disposto a conversar. Emocionou-se ao falar sobre a situação delicada do filho, fazendo questão de destacar todas as potencialidades de Marcelo. *Meu filho sempre foi muito generoso, preocupado com a família, quis começar a trabalhar cedo, nunca quis me dar despesas, cuida do irmão caçula com todo amor, que, aliás, é a cara dele.* Contou que a mãe de Marcelo nunca lhe disse sobre o HIV antes de engravidar, e que ele mesmo só soube quando o filho foi diagnosticado. Ressaltou que a relação do filho com a madrasta sempre foi boa. Via na religião o seu principal recurso de enfrentamento, mas se preocupava com a decisão do filho de não se medicar mais.

Posteriormente, conversei com a médica residente responsável sobre o seu caso. Ficou claro o quanto Marcelo mobilizava a todos da equipe. Sua médica estava, significativamente, abalada. Emocionou-se ao me pedir ajuda, destacando a necessidade do paciente voltar a tomar seus remédios. *Se ele não voltar a se medicar já, ele vai morrer,* pontua mais de uma vez. Contou com tristeza que ele se mostrava irredutível em sua decisão, e que ela, então, estava muito preocupada (e envolvida), e não sabia como proceder.

Após a conversa com ela, senti que meus conteúdos angustiantes também haviam sido acordados, e hoje, reconheço que, a caminho do quarto, me vesti da intenção de convencê-lo. Quando entrei no quarto, encontrei Marcelo sisudo, sentado na cama. Sentei-me, então, numa cadeira de frente para ele, o cumprimentei e ficamos em silêncio. Parecia que Marcelo sabia que eu havia conversado com a médica e já estava ciente de toda a situação. Após alguns instantes, verbalizei que havia conversado mesmo com ela e perguntei se ele gostaria de me contar como foi a conversa entre eles. Ele me respondeu, pontualmente, que ela explicou-lhe sobre o que iria acontecer se ele não tomasse as medicações. Perguntei se ele entendeu. Ele me responde que sim. Após outro período de silêncio, disse que estávamos preocupadas com ele. Ele me respondeu que sabia disso, que a médica inclusive chorou conversando com ele. Em seguida, discorreu, serenamente: *vocês precisam parar de tentar me convencer a tomar os remédios, já estou com minha decisão tomada, e não vou mudar de ideia, e pronto.*

Surpreendi-me quando fui eu que me peguei, dessa vez, segurando o choro. Dei-me conta de que estava tão envolvida quanto à médica. Hoje, me questiono se minha intervenção foi a correta, mas, olhei incisivamente para Marcelo, e lhe disse: *se você realmente não mudar de ideia, você pode morrer*. Os olhos dele, para minha surpresa, marejaram. Mas, em seguida, reconstruiu rapidamente sua defesa e me respondeu: *eu sei*. Após outros densos instantes silenciosos, chorou copiosamente. Apresentei-me continente, sem interferir no seu chorar. Afirmei o quanto nos preocupávamos com ele, o quanto queríamos que ele se recuperasse, ficasse o melhor possível e voltasse para casa. Ele voltou a me repetir a fala do pastor, de que Deus realizaria seus sonhos. Esperei seu choro serenar e reforcei a ele minha disponibilidade para o que eu pudesse ajudar. Ficamos mais um pouco em silêncio, e então, despedi-me.

Saí do quarto muito comovida, me sentindo muito triste, e tomada de impotência. Não sei se o grau da minha mobilização correspondia ao adequado, nem sei se existe uma faixa pertinente de adequação, mas me sentia de mãos atadas em como ajudá-lo, e me percebi enredada pelo seu sofrimento.

Para a análise do primeiro tempo do acompanhamento psicológico de Marcelo, me embasarei, prioritariamente, nas obras “Os instintos e seus destinos” (1915) e “Luto e Melancolia” (1917 [1915]).

Para Freud (1917 [1915]), tanto o luto, como a melancolia, são consequências de adversidades que interferem no curso esperado da vida de qualquer sujeito, gerando a perda do controle, e exigindo do indivíduo uma readaptação à realidade. Entendo que o luto e a melancolia correspondem, assim, a processos que definem as formas de enfrentamento que resultariam, ou não, nessa readaptação.

Partindo do pressuposto dessa interrupção do curso normal, entendo que Marcelo foi vítima de duas interferências primordiais: o adoecimento e a morte da mãe, sendo que ele não teve participação em nenhum dos acontecimentos. Ele, então, foi posto frente tanto à perda da possibilidade de viver uma vida saudável, pois tinha uma doença incurável, como de ser criado pela mãe, lembrando que sua mãe faleceu antes que ele completasse dois anos de vida.

O luto pode ser definido como um conjunto de reações correspondentes à perda ou de uma pessoa amada, ou de algo que a represente, afetivamente. Tal processo nunca deve ser interrompido, sendo que perturbá-lo, pode ser

significativamente, prejudicial. Enquanto o objeto de amor existia, ocupava então o lugar de destino de um tanto considerável de investimento libidinal, sendo que, quando é perdido, exige que o sujeito se dedique à retirada desses investimentos que, agora, encontram-se desprovidos de um lugar de aplicação. Porém, abandonar um posicionamento libidinal representa sofrimento para o sujeito, o que significa que, para que o objeto perdido seja desinvestido, o indivíduo precisa de um dispêndio significativo de energia, que faz com que sua atenção fique ligada somente a este processo, denominado trabalho do luto. Assim, características como desânimo, perda de interesse por tudo aquilo que não está de alguma forma ligado ao objeto perdido e perda temporária da capacidade de amar, são justificadas considerando que o psiquismo precisa se dedicar quase que, exclusivamente, ao seu reposicionamento. Durante este processo, é permitido então, que o objeto perdido permaneça por mais um período ocupando seu lugar e o sujeito vai, aos poucos, fortalecendo-se para lidar com a realidade que aponta, constantemente, que o objeto amado se foi. Além do que, ao final do processo de desinvestimento, o Eu volta a sentir a necessidade de satisfações narcísicas que indicam que, apesar do fato de o objeto de amor estar morto, ele, está vivo. (FREUD, 1917 [1915]). Por fim, então, “O normal é que vença o respeito à realidade” (FREUD, 1917 [1915], p. 174).

Freud (1917 [1915]) inicia suas descrições sobre a melancolia destacando manifestações muito semelhantes às do luto, como um visível abatimento doloroso, a perda de interesse pelo mundo externo e a perda da capacidade de amar, exceto, porém, a duas caracterizações que se apresentam exclusivamente na melancolia, sendo estas: uma significativa diminuição da autoestima, somada a recriminações, punições e ofensas que a pessoa dirige a si mesma, bem como o fato de a perda a qual tratamos aqui se referir muito mais à perda de um ideal, do que a perda de alguém ou de algo que a represente, afetivamente. O autor pontua inclusive que é difícil saber ao certo do que se trata o que foi perdido, e que, na maioria das vezes, o próprio melancólico não sabe. Ele sabe dizer quem perdeu, mas não sabe definir o que perdeu. Considerando que estamos falando da perda de um ideal, o que foi perdido, foi algo que nunca se viveu. Ou seja, no luto, tratamos de uma perda que mora na consciência do enlutado, já na melancolia, a perda do melancólico reside em seu inconsciente.

Como no luto sabemos o que foi perdido, fica claro o que o trabalho do luto custa a desinvestir. Já na melancolia, como não sabemos ao certo a que se refere

esse desinvestimento, não fica claro o que desgasta tanto o melancólico (FREUD, 1917[1915]).

Quanto às “autorecriminações” e “autopunições” que dirigem a si mesmos, Freud (1917[1915]) diz que, quando elas parecem não fazer sentido considerando o próprio sujeito, elas geralmente “combinam” com alguém que ele ama, amou, ou crê que deveria amar, e começa então, a se aproximar da definição de que, na verdade, parte do Eu do melancólico se identificou com o objeto perdido para mantê-lo vivo dentro de si e, sendo assim, quando o indivíduo recrimina e puni a si mesmo, na verdade, recrimina e puni o objeto perdido que vive dentro dele. Algumas recriminações são de fato referentes à própria pessoa, porém, elas aparecem em menos quantidade, tanto para encobrir o que foi perdido, como para expressar o conflito que ele acredita que fez com que o objeto fosse embora. Segundo o autor, esse conflito se refere a algo que fez com que a relação entre o sujeito e o objeto perdido se abalasse e/ou se rompesse e, frente a isso, vemos então, uma das diferenças fundamentais entre melancolia e luto: se a reação a essa perda fosse o desinvestimento do objeto e o respeito à realidade, teríamos o trabalho do luto, porém, aqui, vemos que a libido se recusou a ser retirada do objeto, o que nos leva a pensar que, mesmo quando havia objeto vivo nessa relação, o investimento objetal se apresentava mais vulnerável, frente a um investimento muito mais narcísico, o que, sendo assim, facilitou a identificação e o retorno dos investimentos libidinais em si mesmo. O investimento objetal foi cancelado, mas a libido livre não foi capaz de escolher outro objeto como destino, recuando-se, então, ao próprio Eu. A partir daí, a parcela do Eu que está identificada com o objeto que se foi, passa a ser julgada como um novo objeto: o objeto perdido. Então, se o objeto perdido passa a compor o próprio Eu, não falamos mais de uma perda objetal, mas sim, de uma perda do Eu, o que nos esclarece o esvaziamento encontrado na baixa estima, pois, enquanto no luto, o enlutado percebe o mundo como vazio, na melancolia, o melancólico percebe a si mesmo, da mesma forma.

Em *Os instintos e seus destinos* (1915), Freud aponta que, no início da vida anímica, o Eu desenvolve a capacidade de “auto investir-se”, ou seja, de satisfazer a suas necessidades e desejos a si mesmo. Denomina-se autoerótica essa possibilidade de satisfação, bem como chamamos de narcisismo a esse estado e etapa constituinte do desenvolvimento psíquico. Nesse período, o Eu equivale-se a um sujeito externo que fornece prazer, sendo que, então, o mundo externo torna-se

indiferente. Assim, o Eu ama apenas a si mesmo e é indiferente ao mundo. Podemos, então, estabelecer um paralelo com a melancolia, considerando que o mundo externo, representante da realidade, que destaca o objeto perdido, é tido como indiferente, sendo que o sujeito desconsidera a realidade da perda, a partir do momento que entende o objeto como vivo dentro de si.

Segundo Freud (1915), o estado que sucede o narcisismo, é chamado de estágio do objeto, no qual prazer e desprazer significam relações do Eu com o objeto. Nele, quando o objeto representa sensações prazerosas, o Eu tem uma tendência a incorporá-lo a ele, assim como, quando o objeto é fonte de sensações desprazerosas, há uma tendência que se esforça por aumentar a distância entre ele e o Eu, como que fugindo, afastando-se da sensação de desprazer. O que vemos, na melancolia, é que ao invés do Eu afastar o objeto perdido de si, devido à dor que corresponde à perda, ele o introjeta através da identificação, e, ao invés de expulsá-lo, o ataca, com a intenção de aniquilá-lo, contudo, aniquilando a si próprio.

Retomemos então ao caso. Na nossa primeira conversa, Marcelo destaca o quanto culpa a mãe pelo seu adoecimento, assim como pelo fato de tê-la perdido muito cedo. *A culpa foi dela, se ela tivesse se cuidado quando estava grávida eu não teria nascido assim. E eu nem cheguei a conhecê-la, tinha menos de dois anos quando ela faleceu por conta dessa doença.*

Freud em, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, (1905), caracteriza o que ele denomina de 1ª fase pré-genital (fase oral) como aquela em que a atividade sexual ainda não se separou das necessidades nutritivas do bebê, sendo que seu objetivo consiste, então, na incorporação do objeto – modelo do que mais tarde, no que tange aos aspectos de desenvolvimento, irá desempenhar sob a forma de identificação, um papel psíquico de significativa relevância. Posteriormente, na mesma obra, o autor descreve a 2ª fase pré-genital (fase fálica) como aquela responsável pelo início da noção psíquica da divisão em opostos, sem ainda serem chamados de masculino e feminino, mas sim de ativo e passivo. Nessa fase, o sujeito começa a construir a ideia de que existem objetos alheios a ele.

Retomando as considerações sobre essas organizações em *Instintos seus destinos* (1915), o autor chama de 1º estágio do amor a etapa correspondente à 1ª fase pré-genital, que se caracteriza pelas ações de incorporar e devorar o objeto, na qual vemos um tipo de amor compatível com a abolição da existência de um outro. Também, nesta obra, o autor atenta-se para a diferenciação entre sadismo e

masoquismo (herança da 2ª fase pré-genital), entendendo o sadismo como a prática do exercício do poder sobre o outro enquanto objeto, assim ocupando uma posição ativa, e o masoquismo enquanto fruto de uma passagem na qual o objeto é abandonado e substituído por parte do próprio Eu, sendo que, então, o caminho para a obtenção de satisfação passa a advir de um posicionamento passivo, que aceita submeter-se a violência e necessita, assim, de um novo objeto que lhe proporcione prazer. Posteriormente, no mesmo ensaio, Freud destaca a definição de fixação frente ao objeto de desejo, como sendo uma ligação, profundamente, estreita entre o desejo de satisfação e o objeto de amor. Segundo ele, a fixação ocorre com frequência nos períodos iniciais do desenvolvimento, quando há uma firme oposição à dissolução do laço que diferenciaria mãe e bebê, enquanto sujeitos capazes de existir um separado do outro.

Pensemos, então, nos seguintes aspectos do caso: Marcelo só teve a oportunidade de conviver em vida com sua mãe, justamente, na fase de desenvolvimento que corresponde às caracterizações descritas acima referentes à 1ª e 2ª fase pré-genital, lembrando que sua mãe faleceu quando ele tinha, aproximadamente, um ano e meio. Sugiro, então, que toda configuração melancólica que se estendeu, foi facilitada por uma fixação que correspondeu ao caráter que possuía seu vínculo com sua mãe antes dela falecer, como se Marcelo estivesse mais “suscetível” a melancolizar-se frente à morte da mãe, por conta, inclusive, da fase de desenvolvimento psíquico da qual, emocionalmente, não conseguiu sair, a partir do momento que não pôde mais realizar suas construções psíquicas ao lado da mãe. Entendo como se ele tivesse ficado “preso” num tempo que priorizava tanto uma existência fusional entre mãe e filho (fase oral), quanto ao tempo seguinte, que se descreve pela descoberta da possibilidade de escolha de uma ocupação ativa ou passiva diante de seu objeto de amor (fase fálica). Através da melancolia e seu caráter identificatório, Marcelo “devorou” a mãe, encontrando uma saída que o permitiu se posicionar tanto passivamente, enquanto parcela identificada do Eu, como ativamente, sendo responsável pelos ataques que a parcela “livre” do Eu dirigia a outra. Sendo assim, podemos compreender a recusa a tomar as medicações como uma manifestação ambivalente em que o Eu ataca e sofre as consequências dessa decisão, simultaneamente. Marcelo não apenas negava a se medicar, como também o fazia com sua mãe, que vivia, viva, dentro dele.

2º TEMPO. SOBRE A TRANSFERÊNCIA

“O verão fora excepcionalmente ameno. Os dias quentes e compridos eram agradáveis, as noites suaves eram serenas e povoadas por sonhos”.

“A primavera passou. E o verão também”.

(Léo Buscalia)

No atendimento seguinte, encontrei Marcelo na presença do médico preceptor da unidade, em conversa amistosa. Estavam negociando a dose dos remédios que se inscreveria, na próxima prescrição. Fiz expressão de dúvida e surpresa, e o médico lhe perguntou se ele já havia me contado a novidade. Ele sorriu, e depois de fazer que não com a cabeça, olhou para mim e disse *vou tomar os remédios*. Fiquei muito feliz, e nós três sorrimos. Marcelo e o médico terminaram seus acordos, e, então, reforcei para ele minha alegria com suas reflexões que resultaram na mudança de ideia. Ele se mostrou mais disposto e bem humorado. Fiz um atendimento mais curto e pontual, posta densidade dos atendimentos anteriores.

No próximo encontro, seu bom humor perdurava. Descreveu-me sobre sua rotina no hospital e sobre o quanto o fato dele se sentir querido o ajudava. Mostrou-me bilhetes que recebeu dos amigos, contando que alguns iriam visitá-lo. Percebi nele uma boa capacidade para criar laços, assim como observei uma evolução satisfatória dos recursos de enfrentamento que escolhia para lidar com a hospitalização e com o adoecimento.

Deter-me-ei aqui apenas a esses dois fragmentos, já que precisaremos retornar a algumas passagens dos desdobramentos anteriores para discutirmos o reposicionamento de Marcelo frente ao tratamento, tendo como chão teórico as obras *A Dinâmica da Transferência* (1912); *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914); e *Observações Sobre o Amor de Transferência* (1915).

Em *A Dinâmica da Transferência* (1912), Freud pontua que o sujeito estabelece as condições em que serão conduzidos seus afetos, bem como os

objetos que eles irão buscar, de acordo com o estado de dependência natural em que o ser humano nasce acrescido das marcas inscritas e deixadas pela infância. O autor ressalta que, na medida em que as circunstâncias ambientais e as características do objeto de amor permitirem, serão observadas algumas repetições que, geralmente, correspondem ao tanto de expectativas de amor que não foram satisfeitas na infância.

Reside, na consciência, a parte do desenvolvimento que foi a contento no que se refere à realização das expectativas da criança, e, paralelamente, o inconsciente está ocupado pelas expectativas não satisfeitas. Essas expectativas correspondem, assim, a parte psíquica do sujeito que não conseguiu evoluir, adequadamente, estando associada à insuficiência na parcela de amor recebido, movendo o sujeito, então, a reformular as expectativas concernentes aos aspectos frustrados a cada nova escolha objetal. Na medida em que atuam com mais vivacidade tais aspectos frustrados, diminui a porção da libido capaz de consciência, fazendo com que suas fantasias permaneçam muito mais alimentadas pelos fatores inconscientes, e menos voltadas para a realidade, confirmando que a libido correspondente à realidade sempre estivera sob a atração dos complexos inconscientes. Justamente, quando algo desse material inconsciente se presta a ser depositado no analista, se dá a transferência. Sendo assim, compete a análise a responsabilidade de auxiliar o sujeito a permitir que seus conteúdos conscientes não funcionem em prol do “reforçamento” do que permanece insatisfeito e “insuperado”, afinal, são justamente os componentes não reprimidos que atuam como principal veículo de comunicação na relação terapêutica, sendo o principal motivo de sucesso do processo (FREUD, 1912).

Ainda na mesma obra, Freud (1912) destaca que as reações que observamos no paciente trazem à tona os impulsos inconscientes, que, por sua vez, não querem ser lembrados, encontrando na possibilidade da repetição, uma forma de mantê-los “escondidos”, ainda que sejam expressos por meio da manifestação da resistência à mudança de um determinado posicionamento. Através da atemporalidade conferida a esses conteúdos, o sujeito atribui atualidade a seus registros passados, dando corpo a suas paixões inconscientes, desconsiderando a realidade. O analista pretende conduzir o sujeito à realidade, enquanto o inconsciente do sujeito pretende manter seus conteúdos afastados da consciência.

Retomemos ao caso.

Podemos considerar que Marcelo encontrou boas condições para o destino de seus impulsos inconscientes referentes à sua mãe, desde o fato de estar internado, sendo o hospital uma instituição que prima pela feitura de cuidados aos seus pacientes, até minha disponibilidade em ser continente ao seu sofrimento e a expressão dos registros de desamparo referentes às suas insatisfações infantis. Entendo que Marcelo direcionou a mim suas frustrações decorrentes da relação com sua mãe, sendo que o aspecto melancólico o qual discutimos, anteriormente, evidenciava-se ainda mais por sua delicada condição orgânica clínica, diretamente, relacionada à contaminação do vírus HIV. Ele voltou para mim suas expectativas libidinais, sendo que tanto movimentos conscientes quanto inconscientes participaram dessa investida. O ataque à parcela do Eu identificado com sua mãe estava escondido por trás de sua decisão de não se medicar.

Quando as associações livres do paciente falham, a interrupção pode ser eliminada com a garantia de que no momento ele se acha sob o domínio de um pensamento ligado ao analista ou a algo que lhe diz respeito. Tão logo é feito esse esclarecimento, a interrupção acaba, ou a situação muda: a cessação dá lugar ao silenciamento do que ocorre ao paciente. (FREUD, 1912, p. 102).

Compreendo que, no momento em que afirmei a Marcelo, no último fragmento clínico do 1º tempo, *se você realmente não mudar de ideia* (referindo-me às medicações), *você pode morrer* e seus olhos marejaram, uma interrupção na lógica do seu discurso pôde ser observada. Quando, em seguida, permaneceu em densos instantes silenciosos, chorando significativamente depois, Marcelo pareceu ter sido “tirado” de sua imersão inconsciente ao ler em mim, e não na imagem projetada de sua mãe, real preocupação com sua vida, sendo, então, conduzido à realidade.

Freud (1912), entende que a transferência positiva corresponde aos sentimentos amigáveis, capazes de consciência, dirigidos ao analista. Assim, entendo que a relação de ternura e afeto estabelecida entre mim e Marcelo por intermédio do acompanhamento psicológico, permitiu que ele desinvestisse, parcialmente, seu material inconsciente (mãe internalizada mediante melancolização), e se voltasse à realidade, entendendo que poderia morrer se continuasse a não tomar as medicações, podendo, assim, reconsiderar seu posicionamento.

“O analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, ele o repete, naturalmente sem saber o que faz” (FREUD, 1914, p. 149).

Marcelo não tinha consciência dos ideais que perdeu com a morte da mãe, não tinha consciência da relação melancólica que estabelecera com a figura da mãe internalizada. O ataque a si próprio dirigido, inconscientemente, à parcela do Eu identificado com sua mãe, era a maneira com a qual ele atuava seus conteúdos reprimidos.

Se a compulsão a repetição é uma forma de recordar, sendo a repetição uma transferência do passado esquecido (FREUD, 1914), Marcelo repetia veementemente que não mudaria de ideia quanto à decisão de não tomar os remédios, recordando e revivendo, inconscientemente, suas insatisfações e frustrações referentes à figura materna, preso na não elaboração de suas repressões.

Existe uma espécie de vivências muito relevantes que jazem nos primórdios da infância, e que não conseguem ser recordadas por terem sido registradas num período em que o psiquismo não tinha recursos para compreendê-las (FREUD, 1914). Marcelo sofreu seu primeiro descuido por parte da mãe ainda na gestação, e só pôde conviver com ela durante seus primeiros dezoito meses de vida, condição esta que, a meu ver, viabilizava ainda mais a atuação destes conteúdos, no lugar da elaboração.

Segundo Freud (1914), a terapia consiste em deixar na psique do paciente seus impulsos destrutivos, para que eles não se tornem ações motoras se transformados em atuação. Conheci Marcelo, num momento em que seus impulsos destrutivos já estavam convertidos em atuação, através do comprometimento do seu autocuidado. Assim, ele atentava contra a própria vida, e agredia, pelos mecanismos da melancolia, sua mãe. Trabalhar seus conteúdos inconscientes, estimulando-o, paralelamente, a voltar a tomar suas medicações, foi como devolver a psique seus impulsos destrutivos. A atuação dos mesmos se enfraqueceu o suficiente, para que ele decidisse voltar a se medicar.

“A transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transação de uma para outra” (Freud, 1914, p. 154). No caso em questão, podemos tomar essa afirmação quase como literal, pois estar “entre a doença e a vida” era, justamente, a condição real em que Marcelo se encontrava. Sua doença psíquica, o levava a não tomar seus remédios, o que, conseqüentemente, o conduzia para a ação concreta de atentar contra a própria

vida. Era justamente nesse intermédio em que nossa relação se estabelecia. A parcela de Marcelo que desejava viver pôde reivindicar seu direito de escolha.

TERCEIRO TEMPO. SOBRE A FINITUDE

“É isso que acontece no outono – explicou Daniel. – É o momento em que algumas folhas mudam de casa”.

(Leo Buscaglia)

Encontrei Marcelo mais silencioso. Iniciando menos diálogo espontâneo. Referiu colonoscopia a ser realizada no dia seguinte, para investigação da causa de uma diarreia intensa e insistente. Pontuou estar preocupado com o resultado e com as possíveis consequências deste. Percebi nele a ciência da gravidade de sua situação clínica atual, bem como uma apreensão silenciosa quanto ao que estaria por vir. Legitimei e me apresentei continente, respeitando o seu tempo para entrar em contato com seus conflitos. Observei que ele exercia seu controle onde conseguia construir minimamente um universo onde sua impotência não reinasse. A impotência que o acompanhava desde muito cedo.

Passado o exame, Marcelo disse sentir-se triste devido ao aumento das aftas, como efeito colateral dos remédios.

Permaneceu em silêncio.

Certa vez, seu pai, que na ocasião o acompanhava ao lado do leito, me detalhou, de acordo com sua compreensão, as condições clínicas atuais do filho, enquanto este se posicionava presente e silencioso. Observei-me, internamente, silenciosa como ele, preocupando-me com um futuro que parecia não ser distante.

No dia seguinte, encontrei Marcelo saindo do banheiro. Visivelmente, abatido. Contou que havia acabado de vomitar. O vi em pé pela primeira vez, e me dei conta de seu emagrecimento exacerbado. Não me lembro de já ter presenciado tal estado tão de perto.

Reconheço que não fui capaz de sustentar um atendimento mais longo naquele dia. O real do corpo, do adoecimento e do prognóstico ruim me abateu, emocionalmente, tanto quanto a Marcelo, fisicamente.

Passado alguns dias, conversei novamente com seu pai, que se emocionou, consideravelmente, ao falar sobre a situação de saúde delicada do filho, que avançava, desfavoravelmente. Durante o atendimento, fez associações sutis que sugeriam o medo da morte. A todo tempo, fez uso da religião como recurso de

enfrentamento. Percebi que a religiosidade fazia com que ele depositasse sua esperança em acontecimentos milagrosos, protegendo-o de conteúdos internos mais angustiantes, porém, organizando-o melhor, psiquicamente.

Marcelo estava triste. O agravamento de seu quadro clínico se fazia perceber tanto nas anotações médicas, quanto na sua aparência física. Mais emagrecido e, visivelmente, mais frágil estava cada vez mais silencioso. Quando falava, fazia solicitações de cuidados específicos (e bastante maternos), como me pedir que ajeitasse as cobertas da cama, e lhe ajudasse a tomar sua sopa. Vi-me respondendo, prontamente, aos seus pedidos, até que, fazendo uso da racionalidade, perguntei-me se essa intervenção estava adequada. Realizar seus desejos, visivelmente, regredidos por conta da gravidade do seu quadro, não seria alimentar em Marcelo, justamente, os aspectos que não correspondiam à sua força para continuar vivo? Hoje, me pergunto, reestudando o caso, se essa regressão de Marcelo, não seria uma espécie de caminho de volta ao útero, considerando que a morte o faria ir “para o mesmo plano” de sua mãe. A dimensão dos “não vivos”.

Dias depois, encontrei-o ansioso em detrimento do falecimento do seu companheiro de quarto. Disse que mesmo com o biombo que era posto entre os pacientes nesses casos, ele sabia o que estava acontecendo. Percebeu-se, ainda, mais suscetível à possibilidade de morrer e se desorganizou ao entrar em contato com essa realidade.

Queixou-se também do desconforto causado pela sonda, e das limitações geradas pelos cuidados hospitalares necessários. Silenciou-se aos poucos, deixando nas entrelinhas que gostaria que o atendimento se encerrasse.

Posteriormente, seu quadro pareceu se estabilizar, e ele discorreu um pouco sobre sua relação com seu pai. Expressou angústia frente à ambiguidade de seus sentimentos, desejando, simultaneamente, que o pai ficasse com ele o tempo todo, e também se preocupando com a situação de seu trabalho, sendo que o pai se ausentava devido à permanência no hospital. Percebi a fragilidade dos seus recursos de enfrentamento, em contraponto com seu esforço de se manter, minimamente estruturado, em pé frente os redemoinhos diários. Relembrei o conteúdo do livro que me pediu que lesse, tentando alimentar sua condição de luta com mais ferramentas, das quais ele mesmo me trouxe.

Posteriormente, encontrei seu pai, entusiasmado, relatando tudo que indicava a melhora do filho. Senti-me feliz e legitimei sinceramente sua felicidade, mas, senti-

me apreensiva também, pois tinha a consciência que a melhora apresentada por Marcelo nos últimos dias não garantiam sua estabilidade clínica, muito menos sua alta. Novamente, percebi-me partilhando a ambiguidade que observava neles.

Marcelo estava embotado e ansioso. Continuava com as aftas mencionadas há alguns dias atrás. *Mordo o canto da boca quando me sinto muito nervoso, e minhas aftas pioram.* Cheguei a me perguntar se a internação não estaria gerando ganhos secundários a ele, mas considerei também se minhas buscas por sentido não eram uma tentativa desesperada de lidar com a impotência que sentia frente a ele, frente a como ajudá-lo. Observei a dinâmica do seu relacionamento com o paciente ao lado, vi o quanto ele se apresentava disposto, encorajando-o em procedimento (passagem de acesso central na jugular), que ele mesmo já havia feito e que lhe proporcionou melhora. Era como se ele se visse no colega, dias atrás, ressignificando seu sofrimento.

Marcelo estava mais introspectivo. E, quando não estava sonolento, ocupava o atendimento com solicitações constantes de cuidados como cobri-lo na cama, dar comida na boca referindo fraqueza, e, por fim, pedir que eu segurasse a comadre para que fizesse xixi, sendo que me vi obrigada a impor um limite dentro do que podia ou não fazer por ele. Suas solicitações eram cada vez mais regredidas, colocando-me no lugar de mãe e o deixando num lugar de bebê. Lembrando que o período em que Marcelo teve contato com sua mãe biológica, foi justamente o do nascimento até meados do seu segundo ano de vida, ou seja, a fase em que mais dependia dos cuidados básicos da mãe para estar vivo. Esclareci minha disposição para ajudá-lo dentro do que estivesse ao meu alcance: ouvi-lo, encorajá-lo, ser continente ao seu sofrimento e apresentar novas condições de sentido e enfrentamento.

Passaram-se os dias, e Marcelo silenciou-se, embotando-se na expressão dos afetos e angústias, comunicando-se através do silêncio. Permaneci ao seu lado mesmo sem comunicação verbal, atendendo sua própria solicitação feita para que eu ficasse ali. Ficamos juntos, em silêncio. Conversamos em silêncio.

Dias depois, mais solicitante ainda, referiu com energia desejo de alta e cansaço diante dos dois meses de internação. Tentou fugir, sendo barrado na entrada do hospital. Seus atos traduziam seu desespero interno. Penso que queria fugir, para afastar-se dos sinais da falência do próprio corpo.

Marcelo não queria mais conversar.

Então, iniciou-se a sequência de atendimentos mais difíceis para mim. Momentos que marcaram minha trajetória, e me marcaram enquanto sujeito, que reescreve a forma de ver a vida.

Marcelo está péssimo, estou reunindo a equipe para intubá-lo, disse-me o médico responsável por ele, no início de uma manhã. Por mais que tivesse ciência das condutas adequadas e pertinentes para o momento, eu não sabia, exatamente, o que fazer diante desta realidade.

Fui até o quarto quase que em câmera lenta. Vi seu pai ao final do corredor, encostado na parede, literalmente, para se sustentar em pé e não cair. Ele me disse, chorando muito, que havia acabado de sair do quarto e que, apesar da sedação, Marcelo ainda estava acordado. Entrei, segurei sua mão, e, para minha surpresa, ele me olhou e sorriu. Cumprimentou-me, cheio de serenidade e disse: - *Sabia que eu recebi alta?* Assustei-me, mas perguntei: - *É verdade? Não sabia. E quem foi que deu alta pra você?* Respondeu-me: - *Os médicos! Eu estou indo para casa.* Sorriu. Fechou os olhos. Tranquilo e gentil. Foi a última frase que ouvi de Marcelo.

Quando saí do quarto, seu pai continuava encostado na parede, só que agora, chorava alto e copiosamente. Tentou me contar o que houve, sem que eu perguntasse. Explicou que os médicos perguntaram se ele queria que mantivessem seu filho respirando com a ajuda de aparelhos, ou se ele optaria por deixá-lo respirando sozinho até que parasse naturalmente, ressaltando que não havia outra possibilidade de procedimento a ser feito. Seu pai repetia que optara pela respiração mecânica, mas que não sabia se tinha tomado a decisão correta. Repetia *eu quero que ele fique comigo*. Chorava. E eu não sabia o que dizer. Não sabia o que fazer com o que estava doendo em mim também. Sentia-me impotente diante da dor de seu pai, assim como frente a minha própria dor. Fiquei ao seu lado. Quando seu choro serenou, lhe disse sobre o quanto ele havia sido impecável durante a internação de Marcelo, e destaquei o quanto, para seu filho, receber seu amor cheio de dignidade foi mais importante do que era possível expressar em palavras. O abracei. Ele me agradeceu. Saí.

Eu estava assustada e triste.

Quando Marcelo já estava na Unidade de Terapia Intensiva, conversei novamente com seu pai, que, apoiado na religiosidade, sugeria o início do processo de luto, referindo que ele sabia ter feito tudo o que estava ao seu alcance pelo filho, que imaginava o tanto de sofrimento físico e emocional a que Marcelo estava

submetido e que, sendo assim, “descansar” talvez fosse, realmente, o melhor pra ele. Disse ainda o quanto reconhecia em Marcelo um *guerreiro*, e que sentia ainda mais orgulho dele. Em momentos pontuais, disse acreditar num milagre e na força da intervenção de Deus. Ficou claro o conflito interno entre desejo e realidade.

Senti-me impotente, tendo ciência de que nenhuma intervenção aliviaria a dor daquele pai.

Fui vê-lo na UTI, demorei um dia inteiro para me encorajar.

Quando cheguei, ele estava deitado de lado no leito, intubado, de fralda e com sonda. Nada do que eu conhecia de Marcelo estava ali. Fiz em pensamento um ritual de despedida que nada tinha a ver com psicologia. Era eu, me apoiando nas minhas ferramentas para lidar com a morte que estava posta. Agradei-lhe pelos aprendizados que ele me proporcionou, agradei-lhe pela sua humanidade. A certeza da morte imposta e certa me assustava. Marcelo já não estava ali. Tudo que o tornava sujeito não estava ali. Acreditei no que havia me dito dois dias atrás, ele havia ido pra casa.

Na saída, encontrei seu pai, ainda mais triste pelas confirmações médicas de que não havia mais nada a ser feito. Ele falava com mais clareza e abertura sobre a possibilidade de perdê-lo.

Pensei em Marcelo no que sobrou daquele dia. Surpreendi-me com meu pensamento esperançoso de que, por milagre, ele melhorasse. Pensei se, profissionalmente, era certo estar mobilizada daquela forma. Meu trabalho se confundiu com minha história, minhas angústias e temores.

Recebi de duas colegas a notícia de que ela havia falecido. Chorei. Questionei.

Saí deste processo marcada, afetivamente. Desde então, ele passou a seguir comigo, nos “morreres” posteriores que acompanhei.

Muitas são as reflexões que podem ser disparadas por estas passagens. Mas, deter-me-ei, aqui, a explicar, principalmente, as questões à cerca da finitude e do silêncio que se apresentou durante a maior parte dos discursos descritos.

Em *Totem e Tabu*, Freud (1913) atribui a Tabu, algo que pode ser adjetivado como perigoso e proibido. Inquietante, como a doença e a morte. Algo próximo de um desassossego absoluto comum da humanidade. Refere ainda que ele possui algo de enigmático e oculto, e que incita nos sujeitos um temor ao seu contato. De

acordo com seus estudos, tudo que se relaciona com isto que é interdito, ainda que seja unicamente associado em pensamento, torna-se ação desautorizada.

Na mesma obra, o autor considera a morte acompanhada sempre do mecanismo da negação. Pontua o quanto ela é tida por nós como irrealizável. Provocadora de vazio, sem possibilidade de ser cumprida (FREUD, 1913).

Podemos assim começar a sugerir que, uma das características dos muitos “silêncios” que preencheram as falas de Marcelo, poderia provir de uma proibição inconsciente de se aproximar daquilo que seria perigoso, a inquietação causada pela possibilidade de morte iminente.

Freud (1913) destaca o poder atribuído à magia e a religião como saída para realização de desejos “impossíveis”. Uma espécie de voz da onipotência dos pensamentos. Afirma que a onipotência dos pensamentos, assim como a superestimação dos processos psíquicos em relação à realidade influencia, diretamente, na vida emocional dos neuróticos.

Vimos no caso em questão, que este poder atribuído à onipotência permeou seu desenrolar, desde o 1º tempo. Falamos sobre a configuração melancólica de Marcelo em relação à mãe, que estruturalmente, não respeitou a realidade da perda do objeto. Já tínhamos ali características onipotentes. *Meu pastor disse que Deus irá realizar meus sonhos, então, não vou morrer.* No 2º tempo, vimos um avanço positivo, quando, através da transferência, Marcelo muda seu posicionamento e decide por tomar suas medicações. O psiquismo, com o tempo, desloca o poder dado à magia, para a própria ação do sujeito (FREUD, 1913). Porém, no 3º tempo, é seu pai quem faz uso da onipotência religiosa como recurso de enfrentamento, atribuindo a Deus o poder de promover o milagre da recuperação do filho.

Em 1915, Freud discorre, sensivelmente, sobre o impacto causado pela 1ª Guerra Mundial. Pontua o quanto a guerra confunde as mentes mais lúcidas e prejudica a capacidade da crença na realização. Sublinha o poder que a realidade tem de despedaçar. Sugiro que Marcelo, seu pai e eu fomos, em parte, despedaçados com as realidades enfrentadas. Creio que o silenciamento de Marcelo, assim como as minhas sensações quando o vejo tão emagrecido, e o desespero de seu pai que atinge o ápice no momento de sua intubação, são passagens chaves que ilustram o impacto emocional sofrido.

(...) pode ocorrer que um estágio de desenvolvimento ulterior e mais elevado, que foi abandonado, não possa mais ser atingido. Mas os estados

primitivos sempre podem ser reestabelecidos; o que é primitivo na alma é imperecível no mais pleno sentido (FREUD, 1915, p. 168).

Podemos relacionar os pedidos, visivelmente, regredidos de Marcelo direcionados a mim, como um retorno do imperecível, não só estimulado por sua estrutura melancólica, como também pelo abatimento do real de sua condição grave de saúde, que o colocavam, inevitavelmente, numa condição literal de dependência do outro, para que continuasse vivo.

Freud (1915) destaca que, antes da guerra, o homem era capaz de sustentar um posicionamento natural diante da morte, considerando-a como desfecho necessário à continuidade do fluxo da natureza, porém, a guerra deixou claro que, na realidade, o que há é a tendência de eliminar a ideia de que se morre. O homem a reduz ao silêncio. Imaginar a própria morte é inconcebível. Assistimo-la como observadores. Inconscientemente, cada um de nós está convencido da própria imortalidade.

Sendo assim, podemos inferir que o silêncio de Marcelo representava uma incapacidade psíquica estrutural de “assistir-se” morrer.

A crença na imortalidade é tão, claramente, um produto dos nossos desejos, que, por si, ela perde valor de realidade (FREUD, 1916).

Nós, eu e Marcelo, partilhamos da mesma condição de humanos mortais, assim, meus silêncios também foram representantes da minha desconsideração de que nós, por essência, somos finitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“- Voltaremos na primavera?

- Talvez não. Mas a vida voltará”.

Léo Buscaglia

“O psicanalista é um sujeito à eterna procura do sentido da sua própria prática”, diz Diana Corso, ao concluir o prefácio do livro *Reinventar a vida: narrativa e resignificação na análise*, de Daniele John. Identifico essa busca na minha decisão por percorrer o caminho deste trabalho, na expectativa de elucidar (internamente), através dele, minhas vivências perante a realidade hospitalar, frente à morte.

Contar a si mesmo pode transformar a própria história (JOHN, 2015). Assim, ao contar sobre Marcelo, descubro que me conto um tanto também, e que escolho contá-lo, talvez, na tentativa de dar voz ao silêncio que se seguiu (em mim) depois de ouvi-lo dizer que “*voltaria para casa*”, antes de silenciar-se, definitivamente.

Eliane Brum, em sua reportagem *Vida até o fim* (2008), pontua sobre o morrer atual. Ele deve ser oculto. Quem se despede da vida, deve fazê-lo sem barulho, não deve se alvoroçar demais. Lidamos com a morte como se ela não fizesse parte da vida. “Se morrer é inevitável, o melhor a fazer é evitar qualquer um que nos obrigue a pensar no assunto” (BRUM, 2008, p. 307).

Temos, então, Marcelo, e eu.

Eu, por escolha, próxima demais do morrer. Sendo lembrada, constantemente, da minha condição de humana-mortal, tentando fazer o que é possível diante disso, diante de Marcelo, diante da morte de Marcelo, diante da relação eu-Marcelo.

Marcelo, com sua sentença decretada desde o útero, marcado por uma doença sem cura, marcado pela morte da mãe, morrendo, aos 15 anos.

Sua relação com a morte não se inicia ao saber-se portador do HIV, mas sim, a partir da morte de sua mãe, que a fez ausente. Vimos, então, que o posicionamento melancólico de Marcelo em relação a sua mãe, implicou, diretamente, na maneira como ele lidou com sua doença. Sempre, há em nós algo que desconhecemos, e que, simultaneamente, nos determina (JOHN, 2015). Suas decisões mediante as medicações eram determinadas, segundo ele, por sua

escolha em crer no que ele compreendia que Deus lhe dizia através de sua religião. Porém, o que o movia inconsciente e principalmente, era o que desconhecia frente ao posicionamento que ocupava, afetivamente, em relação a sua mãe.

Quando alguém endereça a um analista um pedido de análise, quando supõe que este tem um saber sobre as causas de seu sofrimento, um espaço de fala e escuta se inaugura (JOHN, 2015). Em si tratando do hospital, temos um caminho que me parece inverso. Nós (psicólogos e psicanalistas), apresentamos aos pacientes este espaço de fala e escuta, inaugurando-o. Creio, assim, que a oportunidade de falar de si permitiu a Marcelo visitar o passado. Visitá-lo pode promover uma potente transformação no presente, o que torna possível a criação de um novo futuro (JOHN, 2015). Embora a análise não tenha o poder de mudar os fatos, ela pode produzir mudanças na posição do sujeito diante de sua história (JOHN 2015). Penso que Marcelo pôde apropriar-se da responsabilidade que lhe cabia em relação ao seu tratamento. Optar por tomar seus remédios, a meu ver, foi um produto da ressignificação do seu lugar no vínculo com a mãe, proporcionada na relação transferencial.

Ao falar sobre o processo de escuta, Eliane Brum diz:

[...] esta que se faz com todos os sentidos, que apalpa tanto o dito como o não dito, tanto o que soa e ressoa como o silêncio, tanto a textura dos móveis como a escolha dos quadros nas paredes. Os cheiros e as ausências. As negações, os sobressaltos e as hesitações. As incompletudes das unhas roídas, e o esmalte escolhido ou esquecido. As frestas. E as sobras. (BRUM, 2008, p. 364).

Tais palavras, que são de uma jornalista, me soam quase num tom de metapsicologia psicanalítica. A escuta no hospital me parece se dar à flor da pele, além de ser, completamente, sensória. Estive física e, emocionalmente, perto demais de todas as linguagens de Marcelo.

Ele percorreu sobre suas heranças. Ao contar sobre o HIV que herdou da mãe, fez fluir tantos outros legados advindos dessa relação. Creio que reposicionar-se diante de sua história, permitiu que sua morte não tivesse a densidade de uma passagem ao ato. Bem como reparou a condição homicida que ele via, por vezes, na mãe internalizada. Penso que Marcelo teve a possibilidade de, falando de si, florir seu processo de finitude de forma mais autônoma e autêntica. Ele pôde se haver com a responsabilidade intrínseca naquilo que lhe foi ofertado.

Ressignificar contém em sua definição a ideia de dar um outro sentido, uma nova significação. Ou seja, trata-se de algo que já estava inscrito no campo do

simbólico (JOHN, 2015). Ao participar das ressignificações de Marcelo diante do que marcava seu simbólico, percebi que estava frente a frente com minhas inscrições internas e lacunas. Precisei me haver com “minhas mortes” enquanto Marcelo morria. Haver-me com algumas das minhas perdas para conseguir lhe ouvir falando sobre as suas. Para conseguir perder Marcelo.

Há uma dimensão de não saber que acompanha o analista diante de cada novo paciente, ainda que um corpo teórico lhe sirva de norte (JOHN, 2015). O meu não saber abarcava a indeterminação da vida de Marcelo. Se um analista não tem como antecipar os efeitos de suas intervenções e seu acesso às consequências de seu ato só pode se dar a posteriori (JOHN, 2015), a posterioridade de Marcelo era, assustadoramente, incerta. Eu não lidava só com a incerteza de sua decisão sobre medicar-se, como também com a dúvida de se essa decisão o faria sobreviver. “Não basta que um analista seja um grande conhecedor da psicanálise, ele também precisa saber não saber” (JOHN, 2015, p. 74). O não saber acompanha o analista, do iniciante ao experiente, em toda sua prática. É inevitável que ele continue sempre, diante de cada novo sujeito que se propõe a escutar, se esforçando continuamente para dar conta de seus atos, que são impossíveis de programar e cujos efeitos não se pode prever (JOHN, 2015).

A jornalista Eliane Brum acompanhou os últimos 115 dias de vida de uma mulher adoecida sem possibilidade de cura, e escreveu sobre isso em 2008. Ao discorrer sobre os sentimentos emergidos no contato com a paciente, Eliane pontuou sobre uma neutralidade quase impossível. Se a reportagem terminaria com a morte da paciente, ela referia não poder desejar que a reportagem terminasse, ao passo que, ambivalentemente, sua ansiedade aumentava, assim como o desejo de que aqueles dias passassem o mais rápido que pudessem. “Fui ficando cada vez mais ansiosa para me libertar de um contato tão cotidiano e radical com o morrer que estava impossibilitando minha vida” (BRUM, 2008, p. 348).

Daniele John (2015), citando Bataille, fala sobre a importância de o analista zelar por um posicionamento que considere o desejo do analisando e nunca seu próprio desejo. Porém, eu desejava, diariamente, que Marcelo continuasse vivo. Colocar-se como sujeito na relação transferencial é levar a análise para o campo das relações intersubjetivas (JOHN, 2015). Hoje, percebo que, em muitos momentos do processo com Marcelo, eu ocupei o lugar de sujeito desejante, crendo que partilhávamos de um desejo comum, sua vida viva. Mas, quando ele me disse,

instantes antes de ser intubado e sedado (sem mais acordar), que “*voltaria para casa*”, noto que talvez ele não se referisse a alta hospitalar todas as vezes que verbalizou não aguentar mais estar ali.

Senti dor quando ele se foi, senti alívio também. De uma maneira egocêntrica e egoísta. Não precisava mais vê-lo sucumbir, não precisava mais me sentir culpada pelas vezes em que não consegui atendê-lo. O barulho interno que me acompanhou durante todo o período que estive com Marcelo, e que só aumentava na medida em que o vínculo se estreitava, silenciou. Meu viver foi intercedido pelo seu morrer. Marcelo olhava para as marcas de sua vida, enquanto marcava a minha.

A morte nos faz ficar de frente com a impotência, trinca nossa ilusão de controle. Vivemos no tempo do imperativo da autonomia. A ciência se dedica na sofisticação de técnicas que “maquiam” e “burlam” o envelhecimento e o adoecimento. Porém, transformar o corpo não o torna imortal. “Crie suas próprias regras!”, dizem os cartazes. Não podemos decidir deixar de morrer (BRUM, 2008).

As ilusões são bem vindas porque nos poupam sensações de desprazer, e no lugar dessas nos permitem gozar satisfações. Não podemos nos queixar se um dia elas colidem com alguma parte da realidade e nela se despedaçam (FREUD, 1915, p. 162).

Estar tão próxima da finitude de Marcelo me colocou de frente com minha vida finita, impotente, vida limitada por condição humana. Tão óbvio quanto insuportável e irrepresentável para o inconsciente, como já dizia Freud em 1914.

Há sempre uma parte da experiência que não é transmissível e que não cabe nas palavras (JOHN, 2015). Questiono-me sobre se não temos aí uma das intenções inconscientes do presente estudo: tentar dizer o intransmissível do que vivi com Marcelo.

O fotógrafo Marcelo Min, que acompanhou Eliane Brum na reportagem *Vida até o fim* (2008), dedicou-se durante grande parte de sua carreira a registrar nascimentos. Diante do desafio de retratar a morte, disse: “Nascer e morrer é a mesma coisa”.

Ganhei do aprimoramento em psicologia hospitalar a oportunidade de atender uma mãe durante o parto, certa vez. Momento intenso, cheio de potência. Recheado de “não ditos” barulhentos. Um sentir intransmissível, que transbordava. Vi Marcelo na UTI no dia seguinte à intubação. Sedado. Corpo completamente emagrecido. Um respirar mecânico. Ausência absoluta de olhar e movimento. Momento intenso, cheio de potência. Recheado de “não ditos” barulhentos. Um sentir intransmissível, que

transbordava. Mudam as cores, transformam-se os tons. “[...] a morte é um parto do lado avesso” (BRUM, 2008, p. 316).Concordo.

“É preciso improvisar diante dos limites impostos pela doença” (BRUM, 2008, p. 314). Improvisamos. Marcelo e eu.

Eu estive com ele não só nos momentos em que, literalmente, estava, mas o levava comigo, quando pensava sobre minha vida, quando ações banais me lembravam dos impedimentos com os quais ele precisava lidar, e isso me fazia sentir culpa, e medo. Percebia-o comigo quando a cor dos dias mudava, quando parecia que as lentes pelas quais eu via o mundo e a mim mesma não eram mais as mesmas. Concluo que trago Marcelo comigo, aqui. Quando revivo os cheiros e as tessituras dos atendimentos ao escrever sobre eles. Quando sinto, outra vez, o silêncio. O vazio do dia em que soube da sua morte (Marcelo morreu num sábado, enquanto eu vivia, fora do hospital). Desdobramentos, internos, de alguém que se reconhece marcada pelas vidas que tocou. Pelas vidas que me tocaram. Afinal, foi o seu viver que me impactou, e só por isso, sua morte se inscreveu na minha vida. Foram nossos “viveres” que se encontraram, e permitiram esses escritos.

Destrinchar as obras que tornaram possível a realização deste trabalho me proporcionou um olhar mais sensível, refinado e aprofundado diante do tema, iluminando não somente os caminhos psíquicos daqueles que escutamos em seus processos de perder e morrer, como também confirmando o meu interesse na sequência de um caminho de pesquisa que pretende considerar os aspectos emocionais mobilizados no analista, que se relembra faltante e mortal a cada passagem que acompanha.

Se os psicanalistas são apenas parte do caminho, nunca ponto de partida ou chegada (JOHN, 2015), fui parte, enquanto participava deste pedaço de caminho. Ele foi parte, enquanto participava do meu caminho. Ressignificamo-nos. Juntos. Outra vez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUM, Eliane. (2008) Vida até o fim. In: *O olho da rua – uma repórter em busca da literatura da vida real*. 2ª edição. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2017.

JOHN, Daniele. *Reinventar a vida: narrativa e ressignificação na análise*. São Paulo: Ideias & Letras, 2015.

FREUD, Sigmund. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. vol. VII. 3ª edição. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. (1912) A dinâmica da transferência. In: *Obras Completas*. vol. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1912-1913) Totem e Tabu. In: *Obras Completas*. vol. 11. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, Sigmund. (1914) Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras Completas*. vol. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1915) Os instintos e seus destinos. In: *Obras Completas*. vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, Sigmund. (1915) Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: *Obras Completas*. vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, Sigmund. (1917 [1915]) Luto e melancolia. In: *Obras Completas*. vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, Sigmund. (1915) Observações sobre o amor de transferência. In: *Obras Completas*. vol. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1916) A transitoriedade. In: *Obras Completas*. vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.