

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - SP  
COGEAE  
FLÁVIA HELENA PASSOS PÁDUA

**REFLEXÕES PSICANALÍTICAS SOBRE A VIVÊNCIA DO LUTO: POSSIBILIDADE  
DE SIGNIFICAÇÕES**

Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Teoria  
Psicanalítica

Orientador: Prof. Dr. Wilson Klain

São Paulo  
2020

## RESUMO

Esta monografia pretende fazer uma reflexão sobre questões psíquicas associadas a situações de perda vividas por pacientes de um serviço de saúde da cidade de São Paulo. Inicialmente, procurou-se realizar diferenciações e aproximações entre luto, melancolia e depressão. A seguir, pretendeu-se explicar como a perda de um objeto de desejo pode provocar sentimentos ambivalentes (culpa, hostilidade e autoacusações) e como é preciso um longo processo gradual de desinvestimento libidinal que eram direcionados ao objeto perdido para poder reinvestir em outros objetos de desejo. Observa-se a importância do questionamento sobre o que o objeto perdido representava para o sujeito, o que era depositado no outro que se perdeu e que posição o indivíduo ocupava nessa relação com o objeto. Em seguida, procurou-se refletir sobre como a perda corpórea pode ser vivenciada ao se adquirir uma deficiência. Para isso, inicialmente foi realizada uma breve descrição da constituição corpórea para psicanálise. Depois, pretendeu-se retratar sobre a indagação do que significou a perda adquirida com a deficiência, a sensação de não reconhecimento de si, uma identificação maciça com os significantes “incapaz e inválido” e a dificuldade em se sentir um sujeito faltoso por isso remeter a castração. Discute-se ainda como a deficiência causa um olhar de depreciação do outro e o sofrimento causado por não se sentir dentro dos padrões e das normas exigidos pela sociedade de corpo perfeito e produtivo. Por fim, refletiu-se como a escuta qualificada em espaços de análise, em grupos terapêuticos e com pessoas da rede de afetos da pessoa que sofreu perda pode proporcionar elaboração do luto e investimento em outras formas de viver.

Descritores: elaboração do luto, situações de perda, psicanálise, deficiência

## **AGRADECIMENTOS**

Declaro meu profundo agradecimento ao meu orientador Wilson Klain por me acolher em momentos de angústia e por me incentivar na escrita desse trabalho.

A professora Lucia Valladares pelos ensinamentos sobre a pesquisa e colaborar na reflexão do objeto desse estudo.

Ao revisor, João Gabriel Mostazo Lopes, por sua atenção, paciência e dedicação com este trabalho.

Aos meus colegas da turma de Especialização em Teoria Psicanalítica da PUC/SP pelas trocas tão enriquecedoras realizadas em sala de aula e sugestões de leituras para minha monografia.

Aos pacientes que compartilharam comigo suas dores e sofrimentos e deram-me o privilégio de estar com eles em suas trajetórias.

Ao meu marido, Luís, que a todo o momento se mostrou compreensível em minhas ausências durante o curso e incentivava-me continuamente ao estudo e a escrita.

Aos meus pais que sempre me apoiaram em minhas escolhas profissionais e procuraram mostrar a importância de empenho para o trabalho e o estudo.

Ao meu filho, Caetano, que esteve comigo durante a gestação na escrita desse trabalho. Foi um processo intenso de amor e dedicação poder gerar meu filho e, ao mesmo tempo, esse trabalho que é tão significativo para a minha prática clínica.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O LUTO, MELANCOLIA E DEPRESSÃO</b> .....	9
Processo de luto .....	9
Reflexões sobre a melancolia .....	10
A depressão para a psicanálise .....	13
<b>3. PERDA DO OUTRO</b> .....	18
A representatividade do objeto perdido: caso Luciana .....	18
Ambivalência: caso André .....	19
Transição da posição de abandonado para abandonador: caso Marília .....	21
Importância da escuta para elaboração do luto: caso Cecília .....	24
<b>4. PERDA DA INTEGRIDADE CORPÓREA</b> .....	26
A constituição corpórea para a psicanálise .....	26
Perda corpórea adquirida com a deficiência .....	27
<i>Caso Pablo</i> .....	28
O olhar do outro .....	30
<i>Caso Renato</i> .....	30
<i>Caso Ana</i> .....	32
<i>O olhar da sociedade para a deficiência</i> .....	33
Simbolização da perda corpórea .....	35
<i>Caso Eduardo</i> .....	35
<i>Caso Joana</i> .....	38
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	45

*Ah, se já perdemos a noção da hora  
Se juntos já jogamos tudo fora  
Me conta agora como hei de partir*

*Se ao te conhecer, dei pra sonhar, fiz tantos desvios  
Rompi com o mundo, queimei meus navios  
Me diz pra onde é que inda posso ir*

*Se nós, nas travessuras das noites eternas  
Já confundimos tanto as nossas pernas  
Diz com que pernas eu devo seguir*

*Se entornaste a nossa sorte pelo chão  
Se na bagunça do teu coração  
Meu sangue errou de veia e se perdeu*

*Como, se na desordem do armário embutido  
Meu paletó enlaça o teu vestido  
E o meu sapato inda pisa no teu*

*Como, se nos amamos feito dois pagãos  
Teus seios inda estão nas minhas mãos  
Me explica com que cara eu vou sair*

*Não, acho que estás te fazendo de tonta  
Te dei meus olhos pra tomares conta  
Agora conta como hei de partir*

(Música “Eu te amo” – Composição: Chico Buarque/Tom Jobim)

## 1. INTRODUÇÃO

O que torna o luto um processo gradual de elaboração da perda? O que faz com que, diferentemente disso, a perda seja vivenciada como melancólica, como impossibilitada de significações?

Nos atendimentos clínicos analíticos, observa-se que é comum se deparar com tais questionamentos e ocorrer uma confusão entre melancolia, depressão e entristecimento por vivência de um luto. Portanto, nota-se que a questão do luto e o que o distingue quando é vivenciado de uma forma transitória, melancólica ou depressiva é um tema importante a ser pesquisado para reflexões clínicas

Por isso, este trabalho de monografia visa pesquisar questões teóricas da psicanálise relacionadas ao luto, além de temas como melancolia, depressão e narcisismo. Pretende-se, neste trabalho, que tais questões sejam correlacionadas a prática clínica de um serviço de saúde da cidade de São Paulo.

Nos atendimentos de psicologia realizados nesse serviço, observa-se como a questão do luto se mostra presente. Nota-se que há dificuldades de elaboração relacionadas a perdas como falecimento de um ente querido, envelhecer e não ter mais o mesmo entusiasmo e habilidades como anteriormente e perda da visão, audição ou mobilidade por agravamento de alguma doença.

Percebe-se com frequência como a perda é algo que causa intenso sofrimento psíquico. Cada indivíduo vivencia essa perda de forma muito singular. O vínculo com o objeto amado e o que ele representava para o sujeito terão fundamental importância no modo como ele irá experimentar o processo de luto. Além disso, a dor inerente à perda pode estar relacionada com a posição que esse indivíduo ocupava na relação com o objeto perdido.

Sentimentos ambivalentes costumam surgir diante da perda do outro. Faz-se necessário que o indivíduo lide com a hostilidade, culpa e raiva por ter sido abandonado por alguém. Ao mesmo tempo, ele precisará sair da posição de abandonado para poder abandonar o objeto amado. Através desse processo lento e doloroso, há a possibilidade de que a elaboração do luto ocorra e a libido esteja livre para ser investida em outros objetos.

No decorrer deste trabalho, procurou-se refletir sobre a perda, quando ela ocorre em relação a um objeto de desejo. Porém, como se dá a perda se ela

acontece no corpo do sujeito? Como fazer um desinvestimento libidinal no próprio corpo?

Devido ao fato de as questões associadas ao luto serem frequentes em pacientes com deficiência, e por este ser um tema que necessite de reflexão, esta monografia também tem como objetivo um estudo sobre tal assunto.

Para tal questionamento, foi necessária uma breve descrição da constituição corpórea para psicanálise. Em seguida, pretendeu-se indagar o que a perda adquirida na deficiência representou para o sujeito, ou seja, o que se perdeu simbolicamente ao se perder a audição, a visão ou a mobilidade?

Além disso, nota-se que o sujeito que adquiriu a deficiência sofre ao perceber o olhar de depreciação do outro para a falta presente em seu corpo. Pretendeu-se nesse trabalho investigar o que provoca um incômodo nas pessoas ao se olhar para alguém com deficiência e o que leva ao estigma e à exclusão daquele que possui um corpo com algo considerado “diferente”.

Para finalizar, refletiu-se sobre o que se observa nos atendimentos clínicos que pode ser facilitador para a elaboração da perda. Nota-se que através da escuta analítica, pretende-se que o sujeito possa significar questões psíquicas e sua forma de ser e estar no mundo.

Para a elaboração deste trabalho, inicialmente foram realizadas pesquisas nos endereços eletrônicos Google Acadêmico e das bibliotecas da PUC/SP, USP, SBPSP e do SEDES, com as palavras-chaves: “luto, psicanálise e deficiência”. Porém, durante a pesquisa realizada nos endereços eletrônicos citados, observou-se que há poucas publicações com fundamento teórico psicanalítico sobre o luto vivenciado ao se adquirir uma deficiência. A escassez de publicações com essa importante temática também foi algo que motivou elaboração deste trabalho

Ao realizar nos mesmos endereços a busca com as palavras-chaves: “luto, psicanálise, melancolia e narcisismo”, observou-se maior quantidade de publicações, entre teses, artigos científicos e livros.

Nas referências bibliográficas dos trabalhos que se teve acesso nessa busca, foi possível encontrar outras pesquisas publicadas sobre a questão do luto em psicanálise que também foram utilizadas para a produção dessa monografia.

Textos de Freud como “Luto e Melancolia” (1917/1996) e “Sobre o Narcisismo: uma Introdução” (1914/1996) tiveram fundamental importância para a elaboração desse trabalho.

O método utilizado foi qualitativo, destacando os principais conteúdos verificados na literatura analisada. Após a análise, os trabalhos foram categorizados em considerações para a psicanálise sobre o luto, depressão e melancolia. Em seguida, através da bibliografia encontrada, foi realizada uma reflexão e escrita a respeito da vivência da perda em duas dimensões: Perda do Outro e Perda da Integridade Corpórea.

## 2. CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE O LUTO, MELANCOLIA E DEPRESSÃO

### Processo de luto

No texto “Luto e Melancolia”, Freud (1917/1996) refere que o indivíduo, ao sofrer uma perda, pode passar por um processo em que há o afeto normal do luto ou a perda pode ser vivenciada como uma melancolia. Ainda nesse texto, ele faz importantes reflexões sobre aproximações e diferenciações desses estados.

Freud refere que o luto é percebido como um processo lento em que aos poucos o sujeito retira o investimento de libido do objeto de desejo e as ligações com o que foi perdido vão sendo liberadas uma a uma. Esse processo é vivenciado com sofrimento, mas tende à elaboração para posteriormente haver um investimento em outro objeto. Há uma recuperação do Eu de forma natural.

Ao refletir-se sobre a perda, nota-se que esta pode ser não apenas a perda de alguém por falecimento ou término de um relacionamento. Ela pode ser a perda de um sonho, a finalização de um trabalho ou o encerramento de um ciclo, por exemplo. O processo de luto é recorrente e constante na trajetória do desenvolvimento humano. Ele é vivenciado em passagem de ciclos da vida, como na transição infância-adolescência/ fase adulta-velhice e ocorre em situações como mudança de casa, cidade ou emprego, por exemplo (Souza, Moura e Corrêa, 2009). Portanto, ele é vivenciado em diversos momentos em que há a necessidade de transformação e está relacionado com a transitoriedade.

Porém, Freud reflete, no texto “Sobre a Transitoriedade” (1914), que ao se perceber a possibilidade da finitude e da transformação, ocorre uma resistência por receio de gerar sofrimento. Ele refere que aquilo que está fadado à transitoriedade é considerado sem valor. Há um desejo de que perpetue a mesmice. No entanto, “a exigência da imortalidade, por ser tão obviamente um produto dos nossos desejos, não pode reivindicar seu direito a realidade” (Freud, 1914/1996, p. 317).

Em situações em que se lida com a morte, entra-se em contato com a finitude humana e uma possível sensação de fracasso em relação à vida. Ocorre uma resistência, uma tentativa de negar o fim. Procura-se adiar e evitar algo que é

considerado natural e humano (Souza, Moura e Corrêa, 2009). Portanto, o luto não se faz sem angústia e sem oposição.

“O luto, como insígnia da elaboração psíquica da perda, constitui um doloroso caminho percorrido a fim de assimilar a transitoriedade da vida e metaforizar seu desejo” (Pinheiro, 2010, p. 159). Nesse processo de intenso sofrimento psíquico, procura-se evitar um desmoronamento de si para que lentamente se possa significar a perda.

À medida que o sujeito percebe a não mais existência do objeto perdido, ele se depara com a possibilidade de ter o mesmo destino. Ao mesmo tempo, quer se manter vivo pelas suas satisfações narcisistas (Freud, 1917). Nesse processo, é necessário o que Pinheiro descreve como “matar o morto, dando a ele lugar simbólico” (Pinheiro, 2010, p. 159) Assim, ele se defronta com a realidade, rompe lentamente com o que o liga ao objeto, há o incentivo de busca pela vida e de se religar em outros objetos.

Segundo Pinheiro, o luto é um processo de elaboração psíquica da perda e uma maneira de recolocar o indivíduo no circuito desejante. É a forma que “o homem civilizado tem encontrado para lidar com a questão da finitude, do trauma, da perda e da morte” (p. 159).

Por isso, apesar do sofrimento e da resistência inerente a vivência do luto, este se constitui como uma possibilidade de resignificação. Uma espécie de trampolim que proporciona elaboração para que se atinja outro estado psíquico em que a transformação se faz presente.

Portanto, com a elaboração do luto e a desistência do objeto perdido, há um renascimento da libido objetal que pode ser ligada a novas formas de amor e vinculação. Há a possibilidade de o indivíduo se lançar a novos sonhos, voltar a ter a crença nas potencialidades inerentes a vida.

### **Reflexões sobre a melancolia**

“O luto será pensado em termos de movimento e passagem; na melancolia dá-se um impasse, algo para: o objeto se foi e o Eu se condena a não poder mais ser, a não poder fazer mais nada” (Cintra, 2011, p. 26). Assim, percebe-se que no luto e na melancolia há uma perda significativa do objeto. No primeiro, contudo, há

uma certa fluidez; já na melancolia ocorre uma estagnação, uma inércia, uma impossibilidade de elaboração.

Com essa inércia, o melancólico também se desinteressa pelo mundo, perde a capacidade de se manter desejante e o sentimento de inferioridade é notório (Gomes e Gonçalves, 2015). Tanto no processo de luto como na melancolia, o sujeito sente desânimo, desinteresse pelo mundo externo, e há redução de suas atividades diárias. Porém, na melancolia, ocorre um rebaixamento da autoestima o que não é observado no luto (Freud, 1917/1996).

Freud (1917/1996) refere que, na melancolia, uma parte do ego se coloca contra a outra, julga, recrimina, critica e pune. Porém, essas críticas são feitas ao objeto em que houve um investimento libidinal, que foram deslocadas desse objeto para o ego do sujeito melancólico.

Na melancolia, não se observa no sujeito o sentimento de vergonha ao se denegrir em seu discurso para o outro. Ocorre justamente o contrário, experimenta-se uma satisfação e um prazer ao se depreciar diante do outro. Isso acontece porque o melancólico usa de características sádicas para criticar, não a si, mas a parte do ego identificada com o objeto perdido (Freud, 1917/1996).

No luto, o sujeito tem consciência do objeto perdido. Já na melancolia, não se sabe o que se perdeu. Em alguns casos, mesmo que o paciente associe a origem da melancolia com a perda de alguém, ele sabe “quem” perdeu, mas não sabe “o que” perdeu com a perda desse alguém. Ou seja, não tem consciência do que era depositado de si naquele objeto (Peres, 2011).

“No luto, há uma perda relativa a um objeto; já na melancolia, percebe-se uma perda relativa a seu ego” (Freud, 1917/1996). Assim, no luto, o mundo fica esvaziado e empobrecido. Na melancolia, é o próprio Eu que se esvazia e permanece inerte (Siqueira, 2007).

Na melancolia, nota-se a negação da castração. Ocorre uma dificuldade de elaboração das primeiras perdas de separação nos primórdios da primeira infância. Há o desejo de o sujeito e o outro se tornarem “um”, há um estado confusional entre o Eu e o Outro (Peres, 2011).

Segundo Freud (1917/1996), ocorre uma espécie de canibalismo em que o melancólico deseja incorporar o objeto em si, devorando-o. Como se houvesse a possibilidade de, pela oralidade, englobar o outro numa forma de fagocitar o objeto amado para que este se torne parte dele.

Porém, não há inscrição psíquica ao se englobar o outro dentro de si. Ocorre uma introjeção do objeto perdido de forma maciça, sem articulação com uma cadeia associativa. A experiência traumática da perda não é significada e permanece no indizível, sem uma integração no psiquismo (Pinheiro, 2010).

Por isso, na melancolia, Eu e objeto perdido se tornam um e ocorre de o indivíduo investir libido na imagem que cria do outro, uma imagem identificatória e, portanto, narcísica. Essa imagem faz parte do seu próprio ego. Ele se relaciona, então, não com o outro, mas com a ideia que construiu dele. Como o Eu e o outro estão misturados, o indivíduo sente como se tivesse perdido uma parte de si. Não há uma diferenciação entre ego e objeto. É como se uma parte do ego se perdesse. Portanto, a melancolia é uma ferida provocada no sujeito narcísico (Freud, 1917/1996).

Nota-se uma intrínseca relação da melancolia ao narcisismo. No texto “Sobre o narcisismo, uma introdução”, Freud (1914/1996) utiliza a definição de Paul Nacke de 1889 de que o narcisismo é a forma de lidar com o seu próprio corpo da mesma maneira que o objeto de desejo é tratado. Além disso, Freud considera que no narcisismo, a libido que seria direcionada para os objetos é dirigida ao seu próprio Eu. Na melancolia, fica claro esse aspecto do narcisismo em que há a falta de investimento objetal, sendo a libido deslocada para o próprio ego.

No entanto, segundo Pinheiro (2010), percebe-se que na melancolia, não há um preenchimento ideacional narcísico. Na relação com a figura materna, existe uma falha de investimento libidinal para nutrir o psiquismo do sujeito. Assim, ele fica incapacitado de formar uma imagem em que há o amor de si jubilatório.

Apesar de no discurso melancólico a mãe ser toda-potente, ela não proporciona uma identificação do bebê que também o torne potente e assim o forme como sujeito de desejo. Não há uma identificação com a mãe e sim uma identificação com o nada, uma sensação de não existência.

O melancólico, então, permanece extremamente frágil diante da grandeza desse outro introjetado. Há uma sensação de “não ser nada”, uma dificuldade de subjetivação de si (Pinheiro, 2010). O melancólico fica, dessa forma, em uma posição massacrada e apresenta uma fragilidade narcísica diante da onipotência do outro.

Nessa perspectiva, a mãe, toda-potente, lançaria sobre a criança um discurso sem atribuições ou investimentos, asseverando apenas uma existência pontual e descontínua, o que constitui o cerne do trauma e da ambivalência melancólica.

(PINHEIRO, 2010, p. 152)

Com a falha do investimento libidinal da mãe, forma-se apenas um indivíduo esvaziado de desejo. Há um trauma vivenciado na fase pré-especular que, por conta de um precário vínculo com a mãe, constitui-se somente uma silhueta corporal (Lambotte, 2001). Esse contorno corporal tem uma dimensão frágil, sem preenchimento, sem Eros.

Segundo Lambotte (2001), o olhar materno tem a função de proporcionar uma inserção do sujeito na dinâmica da pluralidade identificatória. Com a falha desse olhar, com falta de encontro entre mãe e filho, ocorre um desmentido de existência. Há um vazio, um deserto árido em que a vida psíquica se mostra desvalida.

Por isso, observa-se que na melancolia há uma fenda na crença narcísica. Esta crença é definida como os investimentos amorosos das figuras parentais carregados de idealização. Aquilo em que os pais se sentiram falhos, eles projetam na criança esperando que ela possua esses ideais. Dessa forma, ela introjeta uma sensação de onipotência narcísica (Pinheiro, 2010). Porém, sem o investimento libidinal, a criança fica desamparada dessa crença. Não há esse momento de engrandecimento egoico, de êxtase. Ela fica condenada à mortificação do Eu.

### **A depressão para a psicanálise**

O termo depressão é muito utilizado na psiquiatria para definir o quadro clínico de entristecimento, desânimo, anedonia, alterações de sono, apetite etc. Isso pode gerar uma confusão entre depressão e melancolia. Por isso, faz-se necessária uma explanação sobre tal diferenciação para a psicanálise.

A crença narcísica é algo que difere na melancolia e na depressão. Enquanto não há essa experiência na melancolia, na depressão ela é vivida intensamente e com uma forte resistência em abandoná-la. Na depressão, há um hiperinvestimento dos pais, uma idealização e sensação de onipotência dessa criança. No entanto, ela não suporta que haja uma finitude desse ideal. Ela se mantém agarrada a essa

figura de perfeição e não aceita essa perda imagética. Há uma resistência à finitude, à mortalidade, à passagem do tempo em que se encerra o sentimento de plenitude (Pinheiro, 2010).

Portanto, ela se aprisiona na identificação com Sua Majestade o Bebê que corresponde ao eu ideal. Freud (1914/1996) refere que o eu ideal é alvo do amor de si mesmo (*self-love*) vivenciado na infância. “O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor” (p. 100).

Porém, o sujeito não está disposto a abrir mão dessa satisfação narcisista em que é a figura de idealização dos pais. Ele resiste a essa passagem. Ele quer continuar no gozo de excelência. Renunciar a isso causa angústia e requer elaboração de um luto.

Ainda segundo Freud (1914/1996), para que ocorra o desenvolvimento do ego, é necessário um distanciamento do narcisismo primário e deslocar a libido em direção ao ideal do ego imposto pelo ambiente em que vive. A partir desse momento, a satisfação se torna corresponder o que é esperado por todas as pessoas de seu convívio, inclusive o discurso crítico dos pais. Portanto, o prazer estará relacionado com se aproximar de uma imagem ideal que se espera da opinião pública, da sociedade em que se vive. Com isso, há um atravessamento do desejo do outro.

No entanto, na depressão, não surgem referências do ideal do eu que suportem a transformação subjetiva do tempo. O que permanece é um eu ideal como única forma de existência no psiquismo. Há uma resistência em aceitar a transitoriedade e uma tentativa de se manter na imagem idealizada da crença narcísica. Dessa forma, o sujeito fica aprisionado ao passado e torna-se um nostálgico absoluto (Pinheiro, 2010).

Para que se suporte essa passagem, é necessária a elaboração de um luto dessa imagem ideal, algo que o depressivo não aceita. O luto requer uma transformação, permitir que aquela imagem anterior se esvaia para que o novo possa surgir. Porém, o depressivo só sustenta o Eu da plenitude constituído com a crença narcísica.

Dessa forma, é notório que não haja luto na depressão. Ele se revolta contra essa perda. Ele sabe o que perdeu e, com isso, há o registro psíquico da perda. Ele chega até a produzir uma narrativa da perda. Porém, não há a elaboração psíquica

da mesma (Pinheiro, 2010). Sem a significação do que foi perdido em si, o sujeito permanece patinando nessa procura para continuar no passado. Ele se agarra a isso como única forma de satisfação libidinal. O processo de elaboração da perda se torna um caminho barrado pela dor de se sentir incompleto, imperfeito.

Ao realizar uma comparação desse aspecto entre a depressão e a melancolia, percebe-se que em nenhum desses estados há a elaboração do luto. Pinheiro refere que na melancolia, há a perda do próprio ego e não ocorre a vivência de uma experiência jubilosa no narcisismo.

Nas depressões agudas não-melancólicas, o discurso é de uma *perda de si*. Mas, ao contrário da melancolia, é o discurso sobre a perda de uma imagem perfeita subjugada pelo assombro de sua própria transitoriedade.

(PINHEIRO, 2010, p. 161)

A autora faz também uma interessante comparação do discurso do melancólico e do depressivo. Enquanto o melancólico diz: “eu não sou e nunca fui nada”, por haver uma dificuldade intensa na subjetivação da própria existência, o discurso do depressivo é: “eu já fui algo ou alguém e hoje não sou mais”, ou seja, não sou mais o todo da relação ego-ideal.

Portanto, na melancolia, permanece a sensação de invisibilidade e de nadificação. É como se fosse um sujeito que nunca existiu, nunca houve preenchimento libidinal. Fica no eterno vazio paralisado no tempo. Já o depressivo deseja se fixar no gozo vivido no passado. Não ultrapassa para um posteriori. Ele não consegue se lançar a novas vias de investimento libidinal da imagem de si.

Com a recusa a abrir mão da onipotência, o depressivo se martiriza e se amargura pela estagnação do seu gozo. Como não consegue reinventar a si mesmo e ter outras formas de satisfação, ele fica esvaziado, desertificado de desejo. Ocorre um naufrágio do desejo, um afogamento de si. Ele sente que, como não pode mais manter sua imagem idealizada, não aceita mais nada. Contudo, a queda é de uma velocidade frenética e ocorre o risco de aceleração de sua própria morte (Pinheiro, 2010).

Para Siqueira (2007), é quando o indivíduo renuncia ao seu desejo e se acovarda que se origina a depressão. Para a autora, a depressão é uma recusa do

Eu inchado que se abdica de saber daquilo que o determina, ou seja, aspectos ligados ao seu inconsciente que ele não tem acesso.

Ocorre, assim, um esvaziamento de libido, de prazer, uma redução drástica de energia psíquica. Ele cede ao seu desejo, se deslibidiniza e se entristece. Há uma resistência em se deparar com a castração, em não mais se sentir o todo na relação com o outro (Siqueira, 2007). A castração é justamente a elaboração da falta, da não plenitude. Símbolo da renúncia. De notar o tamanho de seus contornos e de seus limites. Isso é justamente o que o depressivo não suporta perceber.

No livro *O Tempo e o Cão*, Kehl (2009) também faz uma associação da depressão com a castração. A autora refere que o sujeito que está na depressão é um indivíduo com uma estrutura neurótica que teve uma dificuldade em lidar com a rivalidade no Complexo de Édipo.

A escolha precoce do futuro depressivo seria a de se retirar do campo da rivalidade fálica: em vez de disputar o falo com o pai (e perder para ele...), o depressivo teria preferido recuar, permanecendo sob o abrigo da proteção materna.

(KEHL, 2009, p. 15)

Portanto, o depressivo vivencia a castração no Complexo de Édipo, mas procura se defender dela, não a simboliza. Ele nota que o desejo da mãe é direcionado ao pai e não aceita disputá-lo com o risco da derrota. Na possibilidade de ficar em segundo lugar nessa batalha, prefere não lutar pelo amor materno. Opta ao nada a ter que perder. Ele fica na condição de castrado e abdica da reivindicação fálica (Kehl, 2009).

No entanto, por mais que o depressivo resista a entrar nessa disputa com receio de perder, ele não simboliza, na verdade, que ela já ocorreu. Não há mais como reverter essa perda mesmo que esse luto se contraponha a ser elaborado.

Assim, o indivíduo fica em uma eterna tristeza, desânimo, inapetência para a vida. Em um contínuo “quando eu fui e não poderei mais ser”. Não há mais a possibilidade de ser o único objeto de desejo da mãe e nem a imagem idealizada de potência de outrora.

Ele se mostra incapaz de ter um gozo como é oferecido na sociedade contemporânea. Não que ele não goze, mas é um gozo a sua maneira. “O gozo,

perigosamente próximo ao domínio da pulsão de morte, participa de um modo singular da economia da depressão” (Kehl, 2009, p. 18).

Portanto, luto, melancolia e depressão são formas distintas de se tentar lidar com a perda.

Se o luto é um processo psíquico que promove a renúncia ao objeto, se na melancolia o sujeito identifica-se narcisicamente ao objeto perdido e se a depressão é uma defesa bem-sucedida em relação ao desejo, concluímos que luto, depressão e melancolia são, da maneira como foram abordadas, *três formas heterogêneas de reação à perda* detectadas pela clínica psicanalítica.

(PINHEIRO, 2010, p. 165)

Assim, no luto, há a elaboração da perda do objeto de desejo. Na melancolia, ocorre a perda do ego e o sujeito não tem consciência do que perdeu. Na depressão, o indivíduo sabe o que perdeu, ou seja, a imagem idealizada da crença narcísica e da completude da relação eu-outro, porém não há significação dessa perda.

### 3. PERDA DO OUTRO

#### A representatividade do objeto perdido: caso Luciana

Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917/1996) já assinalava que quando o indivíduo passa por uma situação de perda, “ele sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém” (p. 251). Por isso, a perda está relacionada não apenas com o indivíduo em si que foi perdido, mas o que havia naquela pessoa que era significativa e o tornava importante para quem sofreu a perda.

Essa perda pode estar relacionada inclusive com o papel que o indivíduo ocupava na relação com o objeto de desejo. Segundo Kehl (2009), ao se perder um ser de amor, pode ocorrer um desabamento da função fálica que se ocupava junto ao desejo do outro.

Tal situação foi notória no caso de uma paciente chamada Luciana (nome fictício para preservar sigilo) que tinha em torno de 50 anos de idade. Luciana geralmente ocupava a função de cuidadora nos relacionamentos em que estabelecia, porém, apresentava dificuldade em ser cuidada pelo outro quando se fazia necessário.

No relacionamento com o marido, isso não era diferente. O esposo fazia uso abusivo de álcool há muitos anos, pouco permanecia em casa com Luciana, mas, se ele apresentava alguma questão de saúde, ela estava disponível para ajudá-lo. Porém, o mesmo não ocorreu quando Luciana sofreu um AVC e ficou temporariamente dependente nas suas atividades de vida diária. Notava-se uma relação de certa forma unilateral, sem troca, em que apenas ela permanecia na função de cuidar.

Em um dado momento do acompanhamento de psicologia, Luciana relata que o marido estava com diversos sintomas, sendo em seguida descoberta uma doença em nível já avançado. A paciente dedicava a maior parte do seu tempo em casa com os cuidados com o marido e com frequência o acompanhava nos serviços de saúde.

Contudo, por conta da gravidade do caso, o marido faleceu pouco tempo depois da descoberta da doença. A partir dessa perda, Luciana começou a falar constantemente com intenso entristecimento sobre o “vazio” que sentia sem a presença dele em sua vida. Além disso, sentia uma sensação de impotência por ter realizado tantos cuidados e mesmo assim ele ter morrido.

Percebia-se assim que, apesar de não haver um vínculo fortalecido, um companheirismo ou uma relação de troca entre ambos, havia a perda da função de cuidadora para o outro. Observava-se que a função de cuidar era tomada para si como algo fálico, como representação de ter poder. O falecimento do esposo provocava a sensação de vazio descrita por não ocupar mais esse lugar e por não se sentir mais potente.

Por isso, a maneira como o indivíduo lida com a situação de perda e o tipo de relação com o objeto perdido tem papel determinante em como o luto será vivido. Além disso, o grau de ambivalência de afetos que é direcionado ao objeto e o narcisismo de quem o perdeu também são importantes fatores nesse sentido (Gomes e Gonçalves, 2015).

### **Ambivalência: caso André**

Nas relações em que a ambivalência se faz presente, a hostilidade reprimida pode gerar um sentimento inconsciente de culpa nas situações de perda. Essa culpa advém da realização de um desejo inconsciente, principalmente quando ocorre o falecimento de uma das figuras parentais (Kehl, 2009).

O conflito devido à ambivalência empresta um cunho patológico ao luto, forçando-o a expressar-se sob forma de autorreprovação, no sentido que a própria pessoa enlutada é culpada pela perda do objeto amado, isto é, que ela a desejou.

(FREUD, 1917/1996, p. 256)

Com a culpa, o sujeito permanece em um ciclo de autotortura, autoacusações, castiga-se e mantém-se em um sofrimento interminável pela perda. Além disso, tristeza, desertização, rebaixamento na autoestima e sensação de esvaziamento provocado pela falta do objeto também podem se fazer presentes (Kehl, 2009).

Segundo Kehl, tais manifestações são constantes de se observar na melancolia, mas essa dificuldade de elaboração do luto também pode ocorrer nas neuroses em que a ambivalência é uma constância nas relações. A diferença é que, nas neuroses, há maior possibilidade de esse quadro ser dissolvido em análise, de acordo com a autora.

Freud (1917/1996) também observou que a autotortura prazerosa na melancolia aparece como fenômeno na neurose obsessiva em momentos de perda. Nesses casos, há a raiva direcionada ao objeto e um contentamento em corresponder as tendências do sadismo. Portanto, o que acontece é que o ódio ao objeto perdido é direcionado ao próprio Eu do sujeito da neurose e da melancolia. Dessa forma, através da autopunição, o indivíduo se vinga do ser amado perdido e evita expressar claramente sua hostilidade para com ele.

Assim, em ambas as manifestações, podem ocorrer lutos intermináveis em que o sujeito chega para a análise desvitalizado, com o desmoronamento da libido e com autodepreciações. Há a sensação de incapacidade de elaborar a perda sofrida, um impedimento em se desligar do objeto amoroso e substituí-lo por outro investimento libidinal (Kehl, 2009).

Isso pode ser ilustrado no caso de André (nome fictício), paciente que tinha em torno de 40 anos de idade, que iniciou acompanhamento de psicologia em um serviço de saúde. André relatou nesse acompanhamento que, desde a perda do pai, há cinco anos, sentia-se entristecido, desmotivado, não tinha mais prazer nas atividades laborais como antes e suas relações se mostravam empobrecidas de afetos. Culpava-se por sua desvitalização, tão notória para as pessoas de seu convívio.

Ao falar sobre a relação com o pai, era nítida em André a idealização dessa figura parental. O paciente o descreve como uma pessoa sempre disponível a lhe ajudar, compreensivo, que dava sábios conselhos e que nunca o frustrava. O paciente não permitia em nenhum momento que algo que o desagradasse no pai aparecesse em seu discurso.

Ele pertencia a uma família extensa de muitos irmãos, mas dizia que foi o único da família a se dispor a cuidar do pai quando ele adoeceu. Chegou a perder uma oportunidade importante oferecida pelo seu trabalho que poderia lhe proporcionar uma ascensão de cargo para acompanhar o pai no hospital.

Assim, raiva, desapontamento e discordância não podiam aparecer na relação com o pai. Ele tinha que expressar eterno agradecimento para o que essa figura significou para ele. A ambivalência, tão constantes nos casos de neurose, tinha que ficar submersa e a hostilidade permanecer inconsciente. Porém, essa raiva proibida para o pai era direcionada para si e se expressava através de aspectos

depressivos e pela culpa em estar assim. O luto ficava impedido de elaboração para privar a imagem idealizada do pai.

Em casos de perda, também ocorre o que Cintra (2011) descreve como:

O Eu identifica-se com o objeto abandonador e o instala dentro de si como instância crítica, ou superego. Ocorre uma bipartição no Eu: de um lado, a identificação com o abandonador parece dizer “fui embora porque você não tem valor”. E essa crítica severa é dirigida à outra metade do Eu, que se sente abandonada, reduzida à condição de ter sido rejeitada.

(CINTRA, 2011, p. 27)

Portanto, pode ocorrer uma divisão do Eu em que uma parte se reconhece como a que julga a e que deve abandonar a outra parte por não considerá-la merecedora de amor. Esta permanece na condição de descaso do outro e de solidão.

Dessa forma, o objeto de amor que o abandonou converte-se ao mesmo tempo em Eu ideal/sádico e Eu denegrado/masquista. O Eu se torna objeto oral a ser engolido e cuspidado, e objeto fecal que se retém e se elimina sem nenhuma valorização. O Eu objeto se transforma em Eu abjeto. Há, portanto, forte influência das etapas sádico-oral e sádico-anal nesse processo de perda (Cintra, 2011).

### **Transição da posição de abandonado para abandonador: caso Marília**

Outro processo que é possível de se observar na clínica e dificulta o processo de luto é a resistência de o sujeito sair da posição de abandonado e ocupar a posição de quem abandona aquele que o abandonou. Ou seja, ele sai de uma postura passiva de quem foi deixado para um lugar ativo de desistir daquele que se foi (Kehl, 2009).

Inicialmente, aquele que vivencia a perda não aceita sair da posição de abandonado e busca impedir que o outro vá embora. Ele resiste que o objeto de desejo se transforme em uma recordação morta que não lhe causa nem excitação nem dor. No decorrer da elaboração do luto, ocorre um processo não linear em que o indivíduo permite que os sentimentos de angústia e entristecimento deem lugar à vitória sobre o abandono e a morte (Kehl, 2009).

É necessário para viabilizar esse percurso do luto que ocorra uma desidentificação e desinvestimento de libido direcionados ao objeto e este se torne apenas memórias, palavras e atos. Dessa forma, há um desligamento gradual do objeto de amor e uma devolução de liberdade para o ego investir libido em outro objeto (Gomes e Gonçalves, 2015).

Assim, com a diluição do ódio, do abandono e a retirada de valor do objeto perdido, o ego tem o contentamento de considerar quem é o melhor dos dois, ou seja, que ele é superior ao objeto (Freud, 1917/1996). Nesse momento, é possível notar que o luto exerce a sua função de matar o morto, promover a simbolização da perda e recolocar o sujeito no circuito desejante (Pinheiro, 2010).

Foi possível acompanhar essa trajetória não linear e vagarosa de elaboração do luto no caso de uma paciente com em torno de 80 anos chamada Marília (nome fictício).

Essa paciente permaneceu casada por mais de 50 anos e havia uma relação de companheirismo, cumplicidade e troca na história desse casal. Passaram por diversos momentos de dificuldades e vitórias juntos. Ao mesmo tempo em que existia amor nesse vínculo fortalecido, a paciente tinha ciência dos conflitos implícitos em uma relação tão duradoura. Houve fases de mais desavenças e momentos de desacordo entre ambos. Porém, ela percebia que isso fazia parte de um longo casamento e o afeto se mantinha presente.

Em um dado momento, o esposo precisou realizar um procedimento para constatar a hipótese de um problema de saúde. Nesse procedimento, ocorreram complicações e ele veio a óbito. Durante os atendimentos, Marília permaneceu tentando assimilar como isso veio a acontecer em um processo investigativo de saúde. Porém, recordava-se de que a equipe havia explicado a existência do risco, e lembrava-se da dúvida quanto a se o marido faria o procedimento ou não.

Em seu discurso, aparecia uma tristeza e a sensação de vazio intenso deixado pela falta do companheiro. Lembrava-se de momentos vividos com ele e falava sobre a sua saudade. Dizia que todo dia, ao acordar, ela se abraçava na tentativa de sentir o abraço do esposo. Não existia mais a possibilidade de parceria e do toque antes tão constantes em sua rotina.

Com o passar do tempo, Marília começou a sair do isolamento e desânimo que eram muito presentes logo após a perda. Chegava a visitar a casa das filhas e a viajar, mas em seguida, chorava a morte do marido. Notava-se uma culpa por ter

prazer em momentos de sua rotina após a perda tão dolorosa do companheiro. Havia uma resistência em abandonar aquele que a abandonou. Observavam-se “momentos de relativo alívio em relação à dor da perda, para em seguida apegar-se ainda com mais intensidade à lembrança daquele que morreu ou partiu” (Kehl, 2009, 204).

Após longo processo de desligamento e reinvestimento na representação do esposo, a paciente passou gradativamente a investir libido em outros aspectos de sua vida. Retomou atividades que considerava prazerosas anteriormente, como artesanato, começou a se integrar a grupos em um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e participou de forma ativa de uma visita a uma instituição de artes proposta pela equipe do serviço de saúde em que era acompanhada. Ou seja, com a elaboração do processo de luto, pôde ampliar sua rede social e direcionar energia libidinal ao que fazia sentido para ela.

Assim, como descreve Freud (1914/1996):

O luto, como sabemos, por mais doloroso que possa ser, chega a um fim espontâneo. Quando renunciou a tudo o que foi perdido, então consumiu-se a si próprio, e nossa libido fica mais uma vez livre (enquanto ainda formos jovens e ativos) para substituir os objetos perdidos por novos igualmente, ou ainda mais, preciosos.

(FREUD, 1914/1996, p. 319)

Através da escuta oferecida pela análise, com presença da profissional, ela pôde reconhecer que ela própria estava viva e se desvencilhou da identificação culposa com o objeto perdido. Portanto, foi possível a inclusão de outros objetos no circuito de satisfações pulsionais que ocupavam o lugar do nome do morto (Kehl, 2009).

Outro fator que colaborou para a significação da perda foi a paciente poder compartilhar a sua dor com outras pessoas além da profissional que a acompanhava. As filhas se mostravam disponíveis em escutá-la e também se identificavam com o seu sofrimento diante do luto.

Através do vínculo com as filhas, Marília obteve vias de expressar sentimentos associados à perda. Pôde chorar a morte, manifestar a tristeza e a saudade do morto (Silvia, 2012). Dessa forma, percebe-se que é essencial que

aqueles que convivem com o enlutado saibam quem ele precisa fazer uma tarefa dolorosa que não deve ser apressada e nem evitada (Gomes e Gonçalves, 2015).

### **Importância da escuta para elaboração do luto: caso Cecília**

Esse acolhimento familiar não era percebido em outro caso acompanhado pela psicologia de um serviço de saúde. Cecília era uma paciente que tinha em torno de 50 anos de idade, permaneceu casada durante mais de 20 anos com o seu esposo, que também tinha muito convívio com sua família.

O casal costumava cuidar da filha de uma de suas sobrinhas por quem Cecília tinha muita afeição. Em um dado momento, houve uma acusação da sobrinha em relação ao esposo de Cecília, o que gerou um grave conflito entre os membros da família. Cecília se afastou desses familiares e não teve mais contato com os mesmos.

Ela permaneceu morando com o marido em outra região de São Paulo. Começou a notar que ele ficou mais introspectivo, apresentou insônia, manifestava preocupação em ser reinserido no mercado de trabalho e desejo de retornar a morar na região do nordeste do Brasil. Passado algum tempo, o esposo se suicidou e Cecília não conseguia entender o que o levou a tal ato.

A dor e o sofrimento eram intensificados por mais de uma perda: o luto pela morte do marido e pelo rompimento de relacionamento com familiares que eram tão significativos para ela anteriormente. Ela passou a morar próximo a algumas irmãs que procuravam lhe fazer companhia. Porém, se ela tentava compartilhar tamanha dor com familiares, não sentia que era ouvida. Notava logo que mudavam de assunto e sua angústia permanecia tamponada pela inviabilidade de vazão. Dizia que o único espaço de escuta que tinha era nos atendimentos de psicologia em que podia ser acolhida em sua tristeza.

O espaço desses atendimentos era importante para a elaboração de um luto tão dilacerante para a paciente. Mas era notório como a escuta dos familiares poderiam colaborar para esse processo. É provável que a tristeza da paciente pela perda atingia os próprios lutos reprimidos de suas irmãs, que pareciam insuportáveis de se acessar.

Portanto, através da prática clínica, observa-se a fundamental importância da escuta como mola propulsora de simbolização da perda. Assim, há uma construção

narrativa que possibilita dar lugar simbólico ao morto, reinvestir em outros objetos, outras formas de se estar com o outro e se reinserir no circuito de desejo.

## 4. PERDA DA INTEGRIDADE CORPÓREA

### A constituição corpórea para a psicanálise

Freud (1907/1996) afirma que, nos primórdios da infância, a pulsão é distribuída no corpo de forma dispersiva e não se limita apenas aos órgãos genitais. Nesse período da infância, há a sensação de prazer sexual em diversas partes da pele (zonas erógenas) que é o momento em que o indivíduo vivencia o autoerotismo.

No autoerotismo, em qualquer parte do corpo é possível a produção de estímulos sexualmente excitantes. Essas partes, ou seja, as zonas erógenas, podem ter o papel de substituição dos órgãos genitais e se comportar de formas semelhantes e eles (Freud, 1914/1996).

Assim, a criança se mostra como “perverso polimorfa” e experencia múltiplas formas de prazer. A sexualidade é sentida em diversos órgãos como na pele, nos olhos, nos ouvidos e se vivencia um gozo fragmentado.

Posteriormente, há a transição do autoerotismo para o narcisismo. Esse período de transição é marcado pela mudança da dispersão da excitação sexual para a unificação da pulsão, o que proporciona a constituição de uma imagem corpórea unificada. Isso ocorre através da relação com o outro primordial que possibilita o contorno e o narcisismo corporal. Nesse período, além da formação da superfície e limites do corpo no psiquismo, há também a concepção do Eu (Lazzarini e Viana, 2006).

Segundo Freud (1923/1996), no texto “O ego e o Id”,

[...] o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de, como vimos acima, representar as superfícies do aparelho mental.

(FREUD, 1923/1996, p. 39)

Portanto, para Freud, a constituição da imagem corporal unificada é primordial para a formação do Eu, instância de fundamental importância para o psiquismo.

Lazzarini e Viana (2006) referem que o Eu e o corpo são desenvolvidos de acordo com a lógica das superfícies. Isso não quer dizer que o Eu seja igual ao corpo, mas que a urgência da produção de subjetividade ocorre de acordo com a lógica corporal da projeção. Assim, dessa forma, o corpo é o próprio, a primeira pessoa.

Através da reflexão das autoras, pode-se pensar que o sujeito não tem um corpo. Ele é o corpo. Afasta-se da lógica do discurso de “eu tenho em corpo” para “eu corpo”.

Dessa maneira, forma-se o corpo psicanalítico em que o desejo sexual inconsciente e a linguagem se fazem presentes e abdica-se ao corpo apenas biológico, formado por sistemas e órgãos físicos. Portanto, o corpo para a psicanálise é carregado de erotismo e regulado pelo desejo (Moreno, 2011).

### **Perda corpórea adquirida com a deficiência**

Porém, se um sujeito adquire uma deficiência após sua imagem corporal e seu ego já estarem constituídos, é necessária uma resignificação da representatividade desse corpo e de sua forma de gozo. Nessa situação, ocorre uma ruptura da sensação de estabilidade e integralidade da dimensão corporal e um rompimento da continuidade da vida (Bonfim, 2016).

O narcisismo, tão necessário para a concepção corporal e a dimensão egoica, surge nesse momento como questão com o rompimento desse corpo unificado. O amor e o prazer que foi experimentado nesse corpo até então passarão por uma transformação, que com frequência é vivida com angústia. No processo de transformação, ocorre uma perda. Luto pelo o que esse corpo era e representava e hoje já não é mais.

Cada indivíduo irá experienciar de uma forma singular a vivência da perda quando o sujeito adquire uma deficiência. Essa perda inscrita no corpo pode ser desde a perda da visão, da audição, de um membro ou da mobilidade. Para cada sujeito, essa perda terá um significado a ser indagado. O que se perdeu com a perda adquirida com a deficiência?

Peres (2011) afirma que, tanto no luto quanto na melancolia, a indagação sobre o que se perdeu com a perda poderá se fazer presente. Essas perdas poderão ser significadas, simbolizadas, percorrerão o caminho do luto ou

permanecerão “no vazio da falta de sentido, questão central da melancolia, materializada na dor da existência” (Peres, 2011, p. 118).

Segundo Flávia Bonfim (2019), ao realizar reflexões sobre o trabalho desenvolvido na Associação Fluminense de Reabilitação, ela discute sobre a importância de se olhar o indivíduo para além da questão da deficiência. Aquele sujeito não é apenas uma pessoa com uma alteração corpórea, mas um indivíduo com uma história de vida com inscrições psíquicas que o afetam.

Portanto, a perda da visão pode estar associada a não poder ver os filhos crescerem. A perda de audição, a ter uma dificuldade de ouvir músicas que remetem a uma vivência prazerosa do passado ou de interagir em festas familiares. A perda da fala por sequela de AVC pode impedir a manter a profissão de professora, que era o sonho de uma paciente de um serviço de saúde de São Paulo, por exemplo.

Esses relatos são trazidos com grande sofrimento e nota-se um não reconhecimento de si. O sujeito muitas vezes se recorda de ser uma pessoa ativa, autônoma e com uma rede social ampla. Ao se considerar um “deficiente”, sente-se “inútil” e “inválido”. Pode ocorrer uma identificação tão maciça com a questão da deficiência que não se abrem possibilidades para outras formas de existência. Há um aprisionamento na armadilha da “incapacidade” e uma dificuldade de elaboração da perda do que se foi anteriormente.

Com essa sensação de “invalidez”, podem ocorrer autorrecriminações, sensação de menos valia e culpabilização. Nota-se uma função superegoica cruel e uma recusa a manter investimentos libidinais no Eu. Vivencia-se, então, um luto melancólico em que há um empobrecimento do Eu, um esvaziamento de si, uma incapacidade para viver com esse novo corpo e representações psíquicas. Flávia Bonfim sugere que, nesses casos, “o sujeito não quer se referenciar na perda, não quer se reconhecer como um sujeito faltoso, pois isso implicaria em remetê-lo à castração” (Bonfim, 2019, p. 7).

### *Caso Pablo*

Tal vivência de luto foi observada em um paciente que será chamado de Pablo (nome fictício). Pablo tinha em torno de 40 anos de idade e sofreu um AVC que teve como sequela perda de força e sensibilidade do lado esquerdo do corpo.

Poucos meses depois, iniciou acompanhamento com fisioterapia e terapia ocupacional em um serviço de saúde.

Durante esse acompanhamento, o paciente refere se sentir inútil e entristecido após o AVC. Verbaliza que um médico lhe falou que se não houvesse melhora do quadro em seis meses, não haveria mais possibilidade de reabilitação física. Ao seu relato, diz que prefere morrer e fala sobre pensamentos suicidas por se sentir muito angustiado com tal situação. De acordo com observação da equipe, a esposa se mantinha na posição de cobrar uma melhora rápida de Pablo para que o mesmo voltasse a ter a autonomia de antes.

Pablo iniciou o acompanhamento de psicologia em atendimentos individuais semanais e relata que começou a refletir sobre o motivo que o levava a ficar assim. Questiona-se se fez algo de errado, culpabiliza-se e mostra-se irritado com a sua situação atual. Recrimina-se por se sentir incapaz e não poder colaborar com o trabalho que mantém o sustento da família.

No seu relato, observa-se que havia uma idealização do que fora vivido antes do AVC, isso é, do homem produtivo, ativo, autônomo e provedor. Porém, durante o processo terapêutico, o paciente começou a refletir que sempre se preocupou em ser o que o outro deseja e muitas vezes isso não ocorria em seus laços frágeis com pessoas de seu convívio.

Conforme ele entrou mais em contato com o sofrimento de não estar dentro do que é esperado pelos padrões sociais e ter maior consciência de que seus vínculos não eram fortalecidos, notou-se a vivência de um luto melancólico. Culpabilizações, desânimo, críticas e punições a si apareceram com intensidade, ou seja, uma parte do ego se colocava contra a outra.

Portanto, nesse caso e em outros envolvendo sujeitos que adquirem uma deficiência, observa-se a angústia sentida com a percepção da falta no próprio corpo e o que ela representa na vida do indivíduo. Essa falta pode estar relacionada com aspectos suscitados no período da castração e o sujeito quer resistir a se sentir castrado, faltoso e incompleto.

## O olhar do outro

O paciente com uma deficiência, além de depreciar a si por ser um sujeito faltoso, nota o olhar de depreciação do outro. O olhar do outro é algo que também gera angústia e sentimento de inferioridade diante da ideia de completude da imagem daqueles que não possuem a deficiência.

O indivíduo odeia nele o que é considerado como objeto de desvalorização. Ao mesmo tempo, há uma identificação com aquele que o rejeita, o que causa um ataque a si e aos laços com aqueles que o cercam. Seu narcisismo, amor a si e crença em suas potencialidades se deterioram. Ele só se sente capaz de olhar a si como desprezado e a atitude do outro é percebida como caridade, como falta de empatia (Eiger, 2019).

Tal reflexão está relacionada com o conceito de estigmatização definida por Alberto Eiger (2019). Segundo o autor, “a ideia de estigmatização deriva do termo *stigma*. Ela significa rejeição e marginalização, o que desencadeia sofrimento, culpa e/ou vergonha em quem o porta, e piedade e desprezo em quem está diante dele” (Eiger, 2019, p. 20).

### *Caso Renato*

É possível observar o declínio do narcisismo e a sensação de desprezo e caridade no caso de Renato (nome fictício). Esse paciente é um jovem rapaz que iniciou acompanhamento em um serviço de saúde por apresentar uma significativa ataxia, leve perda de visão e de audição e dificuldades na leitura e escrita. Tais questões iniciaram com o surgimento de uma doença neurológica e ser submetido a um difícil tratamento.

Antes do adoecimento, Renato sentia-se com facilidade nas atividades escolares, percebia-se como uma pessoa inteligente e não se notava com dificuldades significativas em seus relacionamentos interpessoais. No entanto, após adquirir as deficiências relatadas acima, a sensação de depreciação do outro era frequente.

Nos atendimentos de psicologia, tal questão aparecia em seu discurso com angústia e raiva. Quando uma pessoa tentava fazer alguma atividade que ele se

sentia capaz de realizar, por exemplo, ficava incomodado e falava em tom de ironia e com hostilidade que ele próprio poderia fazê-la. Se à família ele manifestava interesse por esportes, notava um olhar do outro como se não houvesse mais essa possibilidade para ele. Sentia que seus desejos, sonhos eram vistos pelas pessoas de seu convívio como perigosos e inviáveis para ele.

Renato sentia a percepção de que o olhar do outro era sempre para a sua deficiência, sua incapacidade, sua falta. Em seu discurso aparecia a sensação de que as pessoas não o viam mais como sujeito de desejo, com singularidades e potencialidades. Ele não era mais notado como um todo. A deficiência sempre se sobressaía em relação a qualquer outro aspecto.

Tanto no caso de Renato como de outras pessoas com deficiência, pode acontecer de, ao invés de esse sujeito se colocar na posição de sujeito desejante, o outro (a família ou a própria equipe de reabilitação) pode querer mantê-lo apenas como objeto de desejo. Isso pode dificultar que o indivíduo que possui a deficiência faça suas próprias escolhas, defina planos para si e enfrente suas dificuldades. Ele fica impossibilitado de se colocar como indivíduo ativo e transformador de sua própria existência (Moreno, 2011).

Dessa forma, a pessoa que possui a deficiência nota que o grupo de pessoas com quem tem vínculo não fica alheio pela questão da falta. Essas pessoas também ficam mobilizadas psiquicamente. A angústia causada pela deficiência não atinge apenas a quem a porta, mas também aqueles no seu entorno. “É uma ferida que atinge a identidade coletiva. Daí em diante, os objetivos da família parecem irrealizáveis” (Eiger, 2019, p. 25).

Segundo Fedida (1984), quando um indivíduo se depara com aquele que possui a deficiência, algo de insuportável é despertado que está relacionado com além de aspectos da angústia da castração. Há um encontro com o que ela chama de espelho perturbador, em que há a impressão de desmantelamento corpóreo, e um encontro com a experiência psicótica vivida por todos na constituição do psiquismo.

E a percepção da deficiência do outro supõe da nossa parte a experiência interior de nossos limites, o conhecimento operatório do que eu chamaria de nossa própria deficiência, ainda mais se somos à imagem de nossa própria integridade. O conhecimento interno de

nossa própria experiência fragmentária é certamente a condição de nossa percepção exata da deficiência do outro.

(FEDIDA, 1984, p. 143)

Portanto, no encontro com a pessoa com deficiência, o outro se depara com o seu corpo fragmentado e faltoso de outrora. Corpo não unificado e incompleto que desperta algo de intolerável. Ele enxerga no sujeito com a deficiência a sua própria experiência deficitária anterior.

Isso foi possível de ser observado no encontro nos corredores de um serviço de saúde de reabilitação. Enquanto uma criança surda aguardava ser chamada para o atendimento de fonoterapia, esta viu um senhor com uma amputação de uma das pernas sair de cadeira de rodas de outro atendimento. A criança não se conteve e, com a expressão assustada, repetia: “Cortou!!!”, fazendo gesto de corte com a mão, simulando uma tesoura. O espanto e o horror da criança foram nítidos ao ver a imagem corpórea incompleta daquele paciente.

### *Caso Ana*

Outro caso em que se pode ilustrar tal situação foi durante o atendimento de psicologia para um familiar nesse mesmo serviço. Ana (nome fictício) era esposa de um paciente que tinha em torno de 40 anos de idade e que teve uma perda progressiva da visão e da audição. Ana tinha um discurso de negação em relação às dificuldades do esposo e cobrava que este voltasse a trabalhar, que fosse ativo como anteriormente.

Em dado momento, Ana conta que é analfabeta e que o esposo é quem sempre resolvia tudo na família, desde acompanhá-la quando precisava pegar ônibus, pagar as contas de casa a levar as filhas aos acompanhamentos de saúde. Ela diz: “ele era meus olhos e meus ouvidos. Ele era tudo para mim”.

Nesse caso, há a impressão de que eu e outro estão misturados corporalmente. Antes o corpo dele era funcional e fazia tudo o que ela se sentia incapaz. Atualmente, a deficiência dele é sentida como se fosse no próprio corpo dela. E isso causou a não aceitação e raiva por aquele corpo não corresponder mais aos seus desejos.

A intolerância do outro é percebida pela pessoa com deficiência com intenso sofrimento psíquico. A dor de não mais ser o que o outro espera dela é trazida com frequência nos atendimentos de psicologia. Há um desejo de ser aquilo que a sociedade solicita.

### *O olhar da sociedade para a deficiência*

Quando um sujeito adquire uma deficiência, observa-se que ele se depara com uma imagem de si distanciada do que Freud (1914/1996) define sobre o ideal do eu, ou seja, o ideal a que esse sujeito aspira, a forma idealizada que ele gostaria de ser. Características sociais, o ideal comum de uma família, uma classe ou uma nação são fundamentais para a construção do ideal do eu.

Esses ideais foram construídos ao longo da trajetória do indivíduo em uma sociedade em que se busca o corpo perfeito, saudável, eficiente e idealizado. Há uma exigência na contemporaneidade de que o corpo siga padrões de beleza e que seja desejável. O corpo valorizado é aquele que não mostra as marcas do tempo e que não remete à doença e à morte (Bonfim, 2014).

Nessa sociedade, aquelas pessoas que possuem corpos sem diferenças significativas são consideradas “normais”. A percepção de si como normal é realizada ao notar a diferença expressa no corpo do outro. Essas diferenças podem ser não apenas em relação à deficiência, mas em relação à diversidade dos corpos em geral (Moreno, 2011).

Portanto, aquele que se considera normal se classifica dessa forma ao olhar o outro e não se reconhecer naquele momento nessa espécie de espelho distorcido. Em oposição ao que difere de si e do que é considerado comum, o outro é visto com estranhamento e aquele que não faz parte dessa massificação de corpos imposto pela sociedade.

Porém, quando o indivíduo não nasce com uma deficiência, mas a adquire posteriormente, ele, que estava do lado daqueles considerados normais, agora se vê com um corpo não desejado pelo outro. Ele sente o horror da marca inscrita em seu corpo faltoso ao perceber-se e ao notar o terror da sociedade que exclui o que é diferente.

Esses sujeitos, em que a deficiência se faz visível, são marcados pelo corpo imperfeito, ineficaz e limitado. O próprio significante “deficiente” é associado à ideia

de falha, defeito e imperfeição (Bonfim, 2019). Dessa forma, carreiras profissionais muitas vezes são interrompidas, familiares não os consideram mais capazes e tendem a colocar a pessoa com deficiência em uma posição de passividade e inoperância.

Portanto, a pessoa com deficiência vai na contramão do indivíduo produtivo, proativo, independente, no qual não aparecem a falta e a angústia. Nessa sociedade, em que a competitividade e o individualismo imperam, há uma preocupação consigo e exclusão daquele que não está dentro da norma.

Para aquele que possui alguma deficiência, essa diferença é tomada a partir do traço biológico, da marca em seu corpo. Marca, contudo, que não é qualquer, não apenas pela limitação e por toda dificuldade que ela pode acarretar, mas especialmente pelo lugar destinado a tais sujeitos na sociedade.

(BONFIM, 2014, p. 78)

Assim, a pessoa que possui a deficiência não se sente pertencente a essa sociedade que prega um ideal higienista, de beleza e produtividade. O que diverge do padrão, da massificação imposta, é excluído e se torna sem lugar de potência.

Isso foi possível de se observar em algumas situações em que pacientes adultos com deficiência visual chegavam a um serviço de reabilitação para realizar treino de orientação e mobilidade. Esse treino visa que a pessoa com deficiência adquira localização espacial e percepção do ambiente com os sentidos remanescentes (olfato, audição, tato etc.), e desenvolva a habilidade de relacionar-se com e no ambiente, com os outros e consigo mesma, movimentando-se e locomovendo-se de forma segura e com maior autonomia (Basto e Gaio, 2010). No trabalho de orientação e mobilidade, é frequente a utilização da bengala longa como recurso.

Quando outras pessoas notavam esses pacientes caminhando com a bengala longa (símbolo da deficiência visual) pelo corredor, era possível ouvir comentários em tom alto, como: “coitada, ela é cega”, ou “nossa, que absurdo. Uma pessoa cega andando sozinha sem ajuda de ninguém”. Ocorria inclusive de esses sujeitos interferirem no treino, pegarem no braço sem a permissão do indivíduo com cegueira, levarem a pessoa para algum lugar e atrapalharem o trabalho proposto para o paciente.

Isso é algo que ilustra como as pessoas têm um olhar de pena e de incapacidade sobre os sujeitos que possuem uma deficiência, como se não houvesse a capacidade de uma pessoa com cegueira poder adquirir recursos e se locomover sem a dependência de outro. Essas falas mobilizavam psiquicamente os pacientes que se sentiam mais inseguros e entristecidos por não possuírem o ideal que o outro deseja.

Essa sensação de impossibilidade de corresponder ao que a sociedade espera é algo que interfere na elaboração do luto. O sujeito fica em um impasse em que há a dificuldade em aceitar a passagem do tempo, a transformação inscrita em seu corpo e representatividade que essa mudança tem para a sociedade.

### **Simbolização da perda corpórea**

Em um serviço de saúde, nota-se que, em alguns casos, é tão angustiante se perceber como uma pessoa com limitações que o indivíduo passa a negar as dificuldades decorrentes da deficiência. Fedida (1984) sublinha que “toda negação da deficiência, sob qualquer forma que seja, falsifica a relação com o outro, induz patologias relacionais crônicas e, sobretudo caminha no sentido de reações reativas de caráter, que levam ao Eu suas próprias deformações” (Fedida, 1984, p. 145).

A seguir, será retratado um caso em que ocorre a negação e a elaboração de conteúdos relacionados à deficiência (Caso Eduardo) e outro caso que ilustra a importância da escuta nos atendimentos analíticos e nos grupos terapêuticos (Caso Joana).

#### *Caso Eduardo*

Pôde-se refletir sobre a questão da negação como uma deformação do próprio Eu no caso de um paciente chamado Eduardo (nome fictício) que tinha em torno de 40 anos de idade e desde a juventude apresentava uma perda progressiva da visão e da audição. Eduardo era uma pessoa muito ativa, cuidava da esposa e dos filhos, desenvolveu habilidades em diversos trabalhos que exerceu e valorizava ser uma pessoa com autonomia.

Porém àquela altura, por volta dos 40 anos, a perda da visão e audição já estavam avançadas. O paciente tinha dificuldades significativas em se comunicar

com o outro por falta de compreensão da fala e restrição em fazer a leitura labial. Por conta da perda periférica da visão e não ter mais a audição como sentido que o auxiliasse, havia um risco em caminhar sozinho pelas ruas sem o treino de orientação e mobilidade.

No entanto, Eduardo continuou a se locomover sem guia vidente, negava-se a fazer uso da bengala longa por não achar necessário no momento e por familiares relatarem ter vergonha quando ele a usava. Mantinha os trabalhos de construção e reparos que fazia anteriormente em sua casa e permaneceu também com a rotina de levar a filha ainda criança para a escola, de transporte público.

Era perceptível a não aceitação de suas limitações adquiridas pelas deficiências e como isso falseava para si e para os familiares que ele ainda tinha essas capacidades. Tornar consciente suas dificuldades implicavam em reconhecer que ele não era mais tão potente como antes e não ser mais o ideal para a sua família.

Durante o processo terapêutico, o paciente começou a refletir mais sobre o que significava ser um sujeito em que não podia aparecer a falta, os riscos que corria em manter a sua rotina de antes e a importância do uso dos recursos disponíveis como os aparelhos auditivos e bengala longa.

Portanto, com os atendimentos de psicologia, foi possível colaborar para que o paciente saísse da negação, reconhecesse a existência de obstáculos e a trabalhasse com esses limites. Para isso, foi necessário um reajustamento econômico psíquico e a realização de um processo de luto daquilo que o sujeito foi e hoje já não é mais (Fedida, 1984).

Porém, para que o luto possa ser elaborado ao se adquirir uma deficiência, faz-se necessário uma ressignificação de seu próprio corpo. É necessário o que Fedida (1984) chama de “função temporal metafórica”, em que há uma permanente recriação do corpo por esse próprio sujeito, ou seja, uma renovação metafórica corporal.

É notório que a forma como a pessoa lida com a perda inscrita no corpo é experienciada de maneira singular e há uma relação com certa posição que tais indivíduos já mantinham na vida (Bonfim, 2016). Cada um cria uma relação subjetiva com o seu próprio corpo e reage de forma particular ao adoecimento. Sua relação com aspectos orgânicos, com representações psíquicas e com o seu histórico de

vida expressam como o adoecimento pode ser uma via de resposta de situações traumáticas vividas com a perda (Bonfim, 2016).

Por isso, enquanto a deficiência pode representar o luto por não ser mais o ideal desejado pela família como no caso descrito acima, pode significar sair da posição de cuidador para ter que ser cuidado, por exemplo. Mecanismos de defesa, maneiras de se relacionar com o outro e formas de ser e estar no mundo anteriores ao adoecimento terão fundamental importância em como o sujeito irá vivenciar suas limitações após adquirir a deficiência.

A questão da deficiência pode ocupar todo o campo das representações psíquicas e não permitir que haja mais lugar para o sujeito. Forma-se uma identificação tão maciça com o significante “deficiente” que nada mais parece existir ali. Ele fica preso a falta em seu corpo e na percepção de si de “inútil”, o que causa intenso sofrimento psíquico e a suspensão do desejo (Bonfim, 2019).

Esse sujeito que não consegue mais desejar vivencia a impossibilidade de elaboração do luto. Ele não aceita a transitoriedade das mudanças de seu corpo e de sua vida. Ele permanece em um luto congelado e deprime. Com isso, há o entristecimento, desânimo, perda de apetite e de libido, pois é o desejo que impulsiona a vida (Bonfim, 2019).

Assim, é necessário que seja oferecida uma escuta ao paciente para que a questão da deficiência e o que ela significa para aquele sujeito seja construída por ele. O terapeuta não deve apresentar um conhecimento *a priori* sobre a deficiência, mas permitir que o paciente construa esse saber a partir da sua subjetividade (Moreno, 2011).

Para isso, o sujeito precisa se abrir para o caminho de se questionar, de fazer uma interrogação para o mal que surgiu em seu corpo para que haja a construção de um sentido e o desejo de saber de si. É necessário que ele reflita sobre seu sofrimento e produza uma questão para além de seu diagnóstico. Dessa forma, ele se retira da posição de doente, de impotente, de vítima diante do que ocorreu com ele e pode se relançar como sujeito desejante (Bonfim, 2016).

Portanto, através da escuta, há a possibilidade de o sujeito formular uma questão em que há o desejo de saber e construir um sentido para a transformação gerada em seu corpo. Dessa forma, ele rompe com o ciclo da culpa, da angústia, permite-se sair do luto depressivo e se reinsere no circuito de desejo (Bonfim, 2019).

Em um serviço de saúde, muitos pacientes têm seu primeiro contato com os atendimentos de psicologia pela primeira vez. Nesse acompanhamento, nota-se um profundo entristecimento pela falta apresentada em seu corpo e a possibilidade de se refletir sobre o que a perda representa em sua história.

À medida que o processo terapêutico ocorre, o paciente começa a pensar sobre outras questões de sua vida que também causam sofrimento. Ele passa a formular questões para além da deficiência. O sujeito inicia a ampliação dos conteúdos trazidos para a análise, traz situações significativas de sua história de vida e de sua forma de se relacionar com o outro. Além disso, sonhos, desejos, possibilidades de realizar atividades prazerosas também começam a ter lugar nesse processo.

Portanto, ele passa a se perceber como sujeito repleto de singularidades e não somente como “o deficiente”. A questão da deficiência e suas limitações são reconhecidas e fazem parte dele. Mas ele não é apenas isso. Ter a deficiência é só mais uma de suas características. Por isso, é crucial o reconhecimento da diferença entre “ser deficiente” e “ter uma deficiência”.

Dessa forma, ele diz mais dele como sujeito do que como doente e sai da posição de objeto de cuidados. Ocorre, assim, a elaboração do luto e seu desejo passa a ser direcionado para outras formas de viver, de construir caminhos e de estar com o outro. Esse novo jeito de estar no mundo é algo que só o paciente pode recriar a partir de sua dimensão desejante (Bonfim, 2019).

Através dessa ampliação de questionamentos e demandas que surgem na terapia para além da questão da deficiência, o sujeito narra a sua própria vida para o outro, que lhe oferece uma escuta qualificada. Assim, “pode-se pensar o processo de análise bem sucedida como um *luto* que não se extraviou tanto, mas, ao contrário, encerrou episódios vividos, expandindo-se para novas formas de viver” (Cintra, 2011, p. 34).

### *Caso Joana*

Para ilustrar tais aspectos, vale relatar brevemente o caso de uma paciente chamada Joana (nome fictício), que tinha em torno de 50 anos de idade e que, desde que tinha aproximadamente 20 anos, notou a perda progressiva da visão. Joana refere logo no início dos atendimentos de psicologia que se sentia deprimida,

angustiada, e há muitos anos permanecia a maioria de seus dias apenas dentro de casa. Sentia falta de poder sair, visitar familiares, ir à igreja e passear. Porém, dificilmente os familiares tinham tempo para levá-la ou paciência para ser seu guia vidente.

Joana nunca havia feito treino de orientação e mobilidade durante todo o seu histórico de deficiência e sentia-se muito insegura para tal. O marido debochava da possibilidade de ela ter autonomia para se locomover, o que mobilizava ainda mais a paciente. Notava-se uma posição de passividade de Joana diante dessa família. Era como se ela não tivesse voz para falar sobre seus desejos e necessidades.

Durante o processo terapêutico, ampliou-se o conteúdo trazido em análise. A paciente relata sua história de vida repleta de momentos traumáticos vividos na infância e juventude. Abandono, uso abusivo de álcool dos pais e histórico de situações de violência faziam parte de sua trajetória e eram relatados com grande sofrimento.

Percebia-se que a sua impossibilidade de ter voz não estava relacionada apenas com a deficiência, mas sempre esteve presente em sua vida. À medida que relata sobre conteúdos que nunca puderam ser ditos até aquele momento, ela tece novamente a sua história e constrói sentido a situações tão dolorosas. Assim, ela pôde ressignificar conteúdos inconscientes e a sua forma de estar com o outro.

Em dado momento da terapia, Joana foi convidada a participar de um grupo terapêutico composto por outras pessoas com deficiência visual. No grupo, ela falou sobre sua insegurança em se locomover sozinha e desejo de poder sair mais de casa. Os integrantes a acolheram e ela ouviu a história de outra participante que frequentava diferentes equipamentos socioeducativos para pessoas com deficiência visual, tinha uma rede social ampla e, inclusive, costumava viajar sozinha para diversas cidades.

Joana ficou entusiasmada com esse relato, e também por descobrir, no grupo, que era viável ler através do braille. Ela gostava muito de ler anteriormente e nunca tivera contato com essa forma de leitura até então. Um universo de possibilidades se abria diante dela. Ela passou a reconhecer que a pessoa com deficiência visual é capaz desenvolver diversas habilidades e pode expressar suas ideias e desejos.

Além disso, no grupo, houve um reconhecimento de suas potencialidades. Joana conseguia fazer todas as atividades domésticas com autonomia e

desenvoltura. Os demais integrantes, inclusive a que viajava sozinha, não tinham desenvolvido essa habilidade. Ficaram surpresos com a sua facilidade, fizeram diversas perguntas sobre suas estratégias em casa e valorizaram tamanha capacidade.

Portanto, atendimentos individuais e em grupo foram fundamentais para o processo terapêutico dessa paciente. Durante a análise, com a escuta qualificada, pôde-se dar sentido aquilo que não o tinha na história de Joana. Ela compartilhou seus afetos, foi ouvida empaticamente e foi oferecido um suporte para ressignificar conteúdos em que ela não tinha acesso conscientemente. Com isso, houve a elaboração do luto, simbolização da perda em seu corpo e de outros lutos vividos em sua história.

No grupo, a deficiência, que era considerada um estigma para a sua família, foi percebida por ela como múltiplas possibilidades de se recriar e de se reinventar. Suas potencialidades puderam ser explicitadas e ela notou que outras mais tinham vias para ser desenvolvidas.

Essa inversão positiva permitiria sair dessa lógica de exclusão, em que se estaria totalmente associado a um ponto de vista social, ou entendido dessa forma. O estigmatizado poderia tentar lutar a seu modo, para explicar que sua diferença não deveria ser objeto de opróbrio.

(EIGER, 2019, p. 21).

Por isso, o convívio com outras pessoas que também tinham a deficiência visual foi um impulso para que a paciente mudasse o olhar de incapacidade que a família direcionava a ela para o de sujeito repleto de desejos e singularidades.

Nesse serviço de saúde, havia também outro grupo de pessoas que tinham deficiência física, principalmente por sequela de AVC. Notava-se que era comum a pessoa que sofria AVC se sentir muito entristecida por apresentar limitações físicas e sensação de incapacidade. Esses pacientes haviam passado por uma ruptura após o adoecimento. Essa ruptura poderia driblar a possibilidade de representação psíquica, sendo excessiva, e situar o sujeito fora da cena (Bonfim, 2016).

Segundo Freud (1914), “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para o seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (Freud, 1914, p. 89). Dessa forma, fazia-se necessário oferecer um dispositivo

terapêutico facilitador para ocorrer esse processo, ou seja, o direcionamento da libido momentaneamente para si para posteriormente investir em novos interesses.

No encontro proposto nesse grupo, os integrantes realizavam troca de experiências e havia uma identificação de sua dor psíquica na fala de sofrimento do outro. Havia relato de pessoas terem perdido sua profissão, o que era algo muito significativo nas suas vidas, e testemunhos quanto à dificuldade em se sentir dependente do outro. Atividades que eram consideradas muito fáceis de fazer e realizadas quase de forma automática, agora precisavam da colaboração de algum familiar. Assim, eles iniciavam a participação no grupo se sentindo incapazes e derrotados pela questão da deficiência.

Ao mesmo tempo, além da troca de experiência, havia a proposta de realizar atividades prazerosas que fizessem sentido para o grupo. Em muitos momentos, eles queriam que as terapeutas escolhessem a atividade. Isso era tema de constante reflexão, a partir da percepção das profissionais de que era de fundamental importância que o desejo deles pudessem ser expressos.

Nesse processo grupal, começou a surgir um interesse cada vez maior por atividades artísticas, como a elaboração de mandalas, construção de recipientes feitos de canudos de revistas, diversas produções feitas de macramê etc. Muitos deles nunca haviam feito trabalhos artesanais antes e se permitiram experimentar junto aos outros integrantes.

Aqueles encontros com a possibilidade de criação e abertura para o novo se mostraram um dispositivo potente e terapêutico. Havia identificação com o outro e a possibilidade de se reinventar através da arte. Da união dos integrantes pela questão da deficiência, tornou-se integração pela sensação de capacidade em algo que até então era desconhecido. Era um grupo que não flertava com a doença, com a invalidez, mas com a saúde e capacidades que cada um podia desenvolver.

“Portanto, o estigma pode ser força motriz. Ele ajuda a aproximar-se dos semelhantes, a estreitar os laços do grupo e a animar um combate social tendo em vista transformar a estigmatização em integração” (Eiger, 2019, p. 21). Dessa forma, no grupo, havia a sensação de pertencimento, reflexão sobre novas possibilidades e promoção de potencialidades através da arte.

Ao se oferecer espaços terapêuticos aos pacientes, o processo de luto ocorre com maior fluidez e se retira o sujeito de uma posição de cola aos significantes “incapaz” e “doente”. Ele se permite a ter uma maior mobilidade para novas

experimentações repletas de transitoriedades e desejos. Há uma renúncia ao que foi perdido e uma reinserção no circuito desejante.

Assim, através de uma escuta que contraponha o modo hegemônico de ser sujeito e de uma inclusão que acolha as singularidades é possível que haja uma ressignificação de formas de ser e estar no mundo e uma ampliação de habilidades desses indivíduos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da história dos sujeitos, em diversos momentos se vivem situações de perda. Esta pode ser desde transições no desenvolvimento infantil, mudanças de ciclo da vida do indivíduo como infância-adolescência ou fase adulta-velhice, perda de um emprego, de um sonho, de um ente querido ou perda corpórea.

A perda não é experienciada sem sofrimento e resistência. Por mais que haja um desejo de se manter a mesmice e temer a dor que a falta de algo possa suscitar, ela é inerente a vida como processo de transformação. Portanto, mesmo que se busque evitar a aceitação da finitude daquilo que é importante para si, a transicionalidade se faz presente.

Ao observarmos como cada sujeito lida ao sofrer uma perda, nota-se que ela é vivenciada de forma muito singular. Diversos aspectos podem interferir em como esse indivíduo experencia a finitude como a constituição psíquica, forma de se relacionar com o outro e o que significava para si o que foi perdido. Isso pode ocasionar um processo gradual do luto, uma perda melancólica ou depressiva.

No luto, observa-se que, apesar de ser um processo não linear vivenciado com sofrimento, sentimentos ambivalentes e resistência em abandonar o objeto perdido, ele tenta a elaboração. Na melancolia, o sujeito não sabe o que perdeu, ou seja, a perda é inconsciente. Há uma identificação narcísica com o objeto perdido e uma cisão do ego em que uma parte critica, pune e tortura a outra. Assim, ocorre a perda com empobrecimento egoico que não é significada. Já na depressão, o indivíduo sabe o que perdeu, ou seja, a imagem potente e idealizada constituída na crença narcísica. Porém, ele não aceita a transitoriedade dessa imagem e não suporta elaborar essa perda.

Nos atendimentos de psicologia de um serviço de saúde, pôde-se perceber a importância de se oferecer uma escuta em situações em que ocorreu uma perda. Ela se faz necessária para que o sujeito se questione sobre o que essa falta significou, ou seja, o que foi perdido na vida psíquica do sujeito com a vivência real de uma perda?

Esse questionamento pode ser realizado em diversas situações em que a finitude se faz presente. Nota-se que a perda do outro pode suscitar sentimentos ambivalentes como o amor e a hostilidade, o desabamento de uma posição potente

e fálica construída na relação com o outro e uma dificuldade em “matar o morto” para reinvestir a libido em outras vias de desejo.

Nos atendimentos nesse serviço, também se observa que, quando a perda ocorre no próprio corpo do sujeito, ele se depara com o não reconhecimento da imagem psíquica que construiu ao longo de sua trajetória. Pode acontecer de o indivíduo ficar tão identificado com os significantes “invalidez” e “deficiente” que ele sinta que não há outras vias de existência.

Para a elaboração desse luto que ocorreu ao se adquirir a deficiência, é necessário que ele se questione o que significou simbolicamente essa perda vivenciada em seu corpo. Situações em que ele nota que não mais corresponde às expectativas de pessoas com quem tem laço afetivo e em que percebe o olhar de horror do outro ao se deparar com o seu corpo faltoso podem ser significativas nesse processo.

Apesar do estigma e da exclusão daquele que possui um corpo que não é o considerado o ideal, produtivo e dentro dos padrões sociais, observa-se que no encontro com o outro que também possui a deficiência há uma identificação e ampliação de novas formas de existência. Ele nota que há a possibilidade de verbalizar seu sofrimento, desenvolver múltiplas potencialidades e se sentir pertencente a um grupo.

Através de uma escuta qualificada e acolhimento da dor psíquica em espaços de análise, em grupos terapêuticos e com pessoas de seu convívio, o indivíduo pode se desligar de forma gradual a um objeto ou a uma imagem de si perdida e reinvestir libido em outras vias de desejo. Ele sai da posição passiva de vitimização, culpa e abandono para conseguir abandonar o que se perdeu e se recolocar como sujeito desejante.

Dessa forma, nota-se que a escuta de sentimentos associados com o que foi perdido mostra-se uma importante ferramenta no trabalho de elaboração do luto. Através dessa elaboração, possibilita-se a significação do que foi perdido, o encerramento de episódios vividos e a expansão de novas formas de viver.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIO, Luciana; GAIO, Roberta. “Movimento & Percepção”, Espírito Santo do Pinhal, SP, v. 11, n. 16, jan./abr. 2010

BONFIM, Flávia. “Intocáveis: sobre da deficiência e a psicanálise no campo da reabilitação”. Revista Latusa - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção-Rio, n. 19 - agosto de 2014 – pp. 77 a 85

\_\_\_\_\_. “Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista”, Opção Lacaniana online nova série Ano 4, Número 21, novembro 2016 • ISSN 2177-2673

\_\_\_\_\_. “Psicanálise e Reabilitação Física”. *Psicol. cienc. prof.* vol. 39: pp. 1-11, 2019.

CINTRA, Elisa Maria de Uihôa. “Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir”. ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos, v. 29 (1) 23-40, 2011.

EIGUER, Alberto. “O estigma e o ódio contra si mesmo”. Revista Brasileira de Psicanálise - órgão Oficial da Federação Brasileira de Psicanálise – volume 53, número 1 – 2019, pp. 19-31.

FEDIDA, Pierre. “A negação da deficiência”, In M, I. D’Ávila Neto (Org.), *A Negação da Deficiência, a Instituição da Diversidade*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1984.

FREUD, Sigmund (1907). O Esclarecimento Sexual das Crianças. In: *Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud*. Volume IX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

\_\_\_\_\_. (1914). “Sobre a Transitoriedade”. In: *Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud*. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

\_\_\_\_\_. (1914). “Sobre o Narcisismo: uma Introdução”. In: *Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud*. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

\_\_\_\_\_. (1917). “Luto e Melancolia”. In: *Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud*. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

\_\_\_\_\_. (1923) O Ego e o Id. In: *Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud*. Volume XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

GOMES, Lauren Beltrão; GONÇALVES, Jadete Rodrigues. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências HUMANAS*, Florianópolis, v. 49, n. 2, pp. 118-139, jul-dez 2015.

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

LAMBOTTE, M. C. “A Deserção do Outro. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre”. Absorveu: Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: APPOA, 20, 2001, pp. 84-101.

LAZZARINI, Eliana Rigotto; VIANA, Terezinha de Camargo. “O corpo em psicanálise”. *Psic.: Teor. e Pesq.* vol. 22 n.2 Brasília May/Aug, 2006.

RODRIGUES, Luciana Moreno. “Uma psicanalista e uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes com amputação em reabilitação com prótese” – Dissertação de mestrado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011.

PERES, Urania. “Uma ferida a sangrar- lhe a alma”. In: FREUD, Sigmund. *Luto e melancolia*. Tradução, introdução e notas de Marilene Carone. São Paulo: Cosacnaify, 2011. pp. 101-137.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; Quintella, Rogerio Robbe; Verztman, Julio Sergio. “Distinção teórico-clínica entre Depressão, Luto e Melancolia”. *Psic. Clin.* vol.22, n.2: pp.147-168, 2010.

SILVA, Maria das Dores Ferreira; FERREIRA-ALVES, José. (2012). “O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das Variáveis Contextuais em Diferentes Modelos”, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (3), 588.

SOUZA, Airle Miranda de; MOURA, Danielle do Socorro Castro; CORRÊA, Victor Augusto Cavaleiro. “Implicações do Pronto-Atendimento Psicológico de Emergência aos que Vivenciam Perdas Significativas”, *Psicologia Ciência e Profissão*, 2009, 29 (3), pp. 534-543.

SIQUEIRA, Érica de Sá Earp. “A depressão e o desejo na psicanálise”, *Estudos e pesquisas em psicologia*, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, pp. 71-80, abr. 2007.