# Com a alma desabitada

## Reconsiderações sobre luto e melancolia[1]

Adalberto Goulart[2]

**Resumo:** O autor inicia o texto lembrando que Freud sempre sustentou que a psicanálise estaria contida no ramo das ciências naturais e que, embora preocupada com a relação entre corpo e psique, privilegiou os aspectos psicológicos do psicossoma. Assim foi também com os principais autores que o sucederam. Nas últimas décadas, pressionados pela predominância de patologias mais primitivas, autores mais contemporâneos (Bion, Winnicott, McDougall, Green, Fontes) têm dado maior atenção à dimensão somática. O texto salienta a importância de que os analistas compreendam o psicossoma como uma unidade integrada que não pode ser dissociada, sob pena de grandes prejuízos para o sistema homem. Baseando-se nas hipóteses de Ferrari, o autor tece reconsiderações sobre luto e melancolia, ilustrando-as com um caso clínico.
**Palavras-chave:** luto e melancolia; psicossoma; psicanálise.

*O valor da transitoriedade é o valor da escassez do tempo.*
*Uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela.*
Sigmund Freud, "Sobre a transitoriedade", 1915

Como sabemos, desde o *Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1895) e em todo o seu percurso até o *Esboço de psicanálise* (Freud, 1938), Freud sempre buscou um embasamento biológico para a teoria do aparelho psíquico e, até o fim da vida, sustentou a tese de que a psicanálise estaria contida no ramo das ciências naturais. Conceituando a pulsão na fronteira entre o somático e o psíquico, pressionando no sentido da descarga e da satisfação, esta imprimiria um registro/representação que estaria nas bases da constituição do aparelho mental – uma pressão constante, advinda de uma necessidade, que conduz a mente a trabalhar para fazer cessar ou diminuir a excitação através de uma ação sobre o mundo externo. Como também é sabido, Freud, em seus estudos, embora constantemente preocupado com a relação entre corpo e psique, privilegia os aspectos psicológicos do psicossoma. E assim foi com a grande maioria dos pesquisadores que se seguiram a ele.

1 Trabalho apresentado no IV Encontro Ítalo-Brasileiro de Psicanálise, Florença/Itália, de 28 a 30 de julho de 2006.
2 Membro titular e analista didata da Sociedade Psicanalítica do Recife SPR e do Núcleo Psicanalítico de Aracaju.

No entanto, nas últimas décadas, o desenvolvimento do conhecimento teórico e, sobretudo, da experiência clínica em psicanálise, tem despertado a atenção para a dimensão somática de nossos analisandos.

Da mesma forma como se questiona a existência de alguma doença que não conteria um aspecto psicogênico, também se questiona se haveria alguma dor que não seja psíquica. Ponte entre o soma e a psique, fronteira que não se pode precisar como expressão física ou psíquica, é a dor o que mobiliza o paciente a procurar ajuda. A medicalização, base da cultura atual – que privilegia o não pensar (e se possível o não sentir – dor, especialmente), a busca por soluções concretas, mágicas e instantâneas –, faz com que geralmente o psicanalista seja dos últimos, senão o último, a ser procurado na escala dos que oferecem ajuda. Ora, o psicanalista é aquele que se dispõe a oferecer ajuda para que o paciente possa sentir e sofrer as suas dores, elaborar as suas perdas e os seus lutos, e assim desenvolver a capacidade de pensar e se responsabilizar pelo que sente, pensa e faz, em conexão com as demandas de seu corpo biológico, integrado na cultura em que vive, em harmonia com seu tempo.

Fato é que uma dor psíquica poderá desencadear uma dor somática, tanto quanto uma dor física poderá desencadear a dor psíquica, levando-se em consideração o funcionamento do psicossoma como um todo. No entanto, existem situações envolvendo mecanismos de clivagem, projeção e expulsão para fora da psique, em que o sujeito humano é capaz de destruir todo vestígio de representação do fenômeno perceptivo da sensação dolorosa, o que desarticulará a unidade psicossomática, com terríveis prejuízos para o sistema, já que a função biológica da dor consiste em fornecer informações importantes à psique. Rompido o elo, o corpo ficaria à deriva, e, em lugar de uma reestruturação do psiquismo, saído de seu eclipse, tenderia a buscar arranjos biológicos.

É necessário que o corpo esteja onde a mente está, nos diz Ferrari (1996). O homem, por vezes, esquece que possui um corpo, e isso se explica, no mundo ocidental, pelo fato de o corpo impor um limite que desafia a onipotência: o corpo morre.

Conta-se que certa vez Schopenhauer teria dito que morrer é um absurdo. A morte surge como desilusão para a compreensão cartesiana, iluminista, antropocêntrica de mundo. A busca da eterna juventude e da conseqüente imortalidade, ou negação dos limites da finitude, aparece como uma contribuição de importância para as angústias da sociedade contemporânea, quando a fuga da realidade (interna e externa) surge como meta.

Freud dizia que não passava um só dia sem pensar na própria morte, o que pode ser compreendido como um exercício de humildade, consciência e responsabilidade para com a vida. Se não podemos modificar o nosso destino, podemos modificar a maneira como nos relacionamos com ele.

Vomero (2005) nos conta que, em certas ordens religiosas católicas, os monges, ao se encontrarem nos corredores do mosteiro, costumam dizer uns aos outros: *Memento mori*, expressão latina que significa "Lembra-te de que vais morrer", um contraponto ao *Carpe diem* ("Aproveita o dia"), como um exercício constante de desapego e aceitação dos próprios limites e da própria morte.

Também as crenças e os rituais ligados à morte surgem como aliados para o alívio da angústia, suavizando o corte, a cesura, a interrupção com uma fantasia de continuidade. O homem de Neanderthal já enterrava seus mortos.

Em 1915, em meio à I Grande Guerra, portanto, Freud escreve *Considerações da atualidade sobre a guerra e a morte*, em dois capítulos: "Nossa decepção diante da guerra" e "Nossa atitude diante da morte". Aqui devemos focar com maior atenção o segundo texto. Neste, Freud nos diz que a atitude com que o homem civilizado tem observado a morte não é sincera. Prossegue:

> Deveríamos estar dispostos a sustentar que a morte é o desenlace natural de toda vida, que cada um de nós é devedor de uma morte à Natureza, e deveríamos estar preparados para pagar tal dívida; a morte é coisa natural, indiscutível e inevitável. Porém, na realidade, nos conduzimos como se fosse de outro modo. Mostramos uma patente inclinação a prescindir da morte, a eliminá-la da vida. Suportar a vida é, e será sempre, o dever primeiro de todos os viventes. Recordamos a antiga sentença *Si vis pacem, para bellum* ("Se queres conservar a paz, prepara-te para a guerra"). Seria atual modificá-la assim: *Si vis vitam, para morten* ("Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte").

Bion, entre os autores mais modernos, retoma de forma enfática o interesse pelos matizes corpóreos da subjetividade, centrando sua pesquisa na origem das emoções e do pensamento e desvinculando a relação corpo-mente da atitude cartesiana que a sustentava. A concepção integrada corpo-mente tem se mostrado de enorme importância para o estudo e a compreensão clínica das graves patologias que vêm freqüentado os nossos consultórios de maneira cada vez mais assídua nos últimos anos: distúrbios alimentares, pânico, autismo, *borderlines*, psicoses. Da mesma forma, a integração corpo-mente, em seus vértices harmônicos e desarmônicos, tem se mostrado essencial para o trabalho com pacientes que se deparam com a perda da pessoa amada, ou, ainda, para aqueles mergulhados em estados melancólicos – ambas situações de desarmonia no sistema.

Partindo do conhecimento trazido por Freud – e especialmente do desenvolvimento dado por Bion e Winnicott –, Ferrari, amparado pelos estudos neurocientíficos (também filosóficos, sociológicos e antropológicos) e em particular por sua ampla experiência clínica, desenvolve uma nova hipótese e, a partir dela, estrutura novos conceitos teóricos e reformulações na técnica psicanalítica que lançam uma vigorosa luz para a compreensão de graves transtornos psíquicos, de estados de desarmonia no sistema, como os já mencionados. Aqui, desejo limitar meu foco de estudo aos estados de luto e melancolia.

Freud escreveu um primeiro rascunho de *Luto e melancolia* em fevereiro de 1915 e o submeteu à apreciação de Abraham, que lhe enviou a importante sugestão de que haveria uma conexão entre a melancolia e a fase oral do desenvolvimento libidinal. Era um período particularmente interessante, se assim podemos dizer, em meio à I Grande Guerra, quando tinha poucos clientes (em sua maioria estrangeiros), o que resultou em tempo maior para pensar, questionar, escrever e fazer um balanço da ciência que estava criando. Um período, ainda, de certa instabilidade, com as deserções de Adler e Jung, o que o deixara visivelmente perturbado (1910 e 1911), como podemos verificar em alguns de seus artigos dessa época. Lembremos que, logo a seguir, entre 1911 e 1913, ele escreve uma série de artigos sobre técnica, revisando e reformulando seus conceitos, baseando-se na experiência clínica e no aprendizado que vinha obtendo – sobretudo o de que desvendar um enigma poderia ser bastante prazeroso para o analista e, ao mesmo tempo, totalmente inócuo e inútil para o paciente. Freud chega à conclusão fundamental de que as soluções intelectuais não repre-

sentam a essência do método, mas que todo um trabalho econômico deverá ser realizado para que o analisando possa fazer uso do *insight* conquistado.

Na seqüência, Freud apresenta uma nova série de trabalhos, desta vez de conteúdo metapsicológico, com profundas revisões de suas idéias e reestruturação de seu pensamento. *Introdução ao narcisismo*, escrito um ano antes, em 1914, aparece como um ensaio extremamente condensado, porém de importância capital para a modificação de seu modelo de mente, com a descrição de um agente crítico em casos de paranóia, o mesmo que atuará nos estados de melancolia.

Aqui, inicia-se a transição do modelo tópico para a concepção estrutural de ego, id e superego. Como nos lembra Meltzer (1989), parte de sua nova concepção já estava implícita nos textos sobre o caso Schreber (1910) e sobre Leonardo (1910), e, a partir de então, ele desenvolve a idéia relativa à capacidade das pulsões de buscarem objetos, partindo do narcisismo primário (auto-erotismo), no qual a identificação é quase indistinguível da escolha de um objeto (em primeira instância, o próprio corpo). Uma das questões que mais preocupam Freud nesse momento consiste na dor mental e sua articulação com os processos de identificação, como em *Luto e melancolia*. Surgem as questões: de quem é a dor, afinal? Quem está doente? Quem sofre? Ou: quem está obtendo prazer? O que acontece com a dor?

Freud passa a admitir a possibilidade de que, além do recalque ou da negação, a dor poderia ser colocada em objetos do mundo externo, a partir do primitivo mecanismo de cisão e projeção (mais tarde, Klein definirá o conceito de identificação projetiva, desenvolvido posteriormente por Bion).

Em relação a uma pessoa em estado de luto e a um melancólico, ele nos traz que não vivem a dor da mesma maneira, pois, no primeiro caso, a dor estaria relacionada à perda do objeto amado, quando o mundo se tornaria vazio. Já no segundo caso, da melancolia, ocorreria uma espécie de esvaziamento de si mesmo, quando o ego se identificaria e se confundiria com um objeto que seria vivido não como perdido, mas como esvaziado, denegrido, acusado e ultrajado. Propõe que o ego se dividiria, dando origem a um ideal do ego, que por sua vez passaria a denegrir o próprio ego. Uma espécie de confusão é criada, suscitando novos questionamentos: quem afinal vive a dor, o ego ou seus objetos? Quem estaria sendo atacado, o próprio ego ou uma parte sua, identificada com um objeto?

Compreende que, no caso do luto, este seria concluído pela renúncia, pelo desinvestimento do objeto no mundo externo, uma retirada da libido investida, que então ficaria disponível para novos investimentos em novos objetos. Já na melancolia, esta poderia evoluir até um estágio no qual o objeto (identificado com parte do ego) estará tão denegrido ou destruído, que o ego triunfaria sobre ele (mania).

Para Ferrari, o primeiro objeto a se apresentar ao bebê não é a mãe ou o seio da mãe, como sugere Klein. Para ele, devemos pensar a criança como um

> ente que se percebe em termos de corporeidade e, ao mesmo tempo, como simbolicidade. Portanto, não é mais o seio que se oferece à boca da criança, mas, ao inverso, a condição é radicalmente diferente: é a criança que se oferece, através de sua fisicidade, a si mesma (Ferrari, 1995).

Depois virá a mãe, ou o seio da mãe. É desse objeto que nasceriam as primeiras representações, um aparelho mental que percebe e anota as sensações provenientes de um corpo

físico próprio – objeto originário concreto (OOC), independente de qualquer introjeção. A partir de então e com o desenvolvimento, "a sombra do mental começa a projetar-se sobre o OOC" (Ferrari, 1995).

Assim, tem início não o desaparecimento, mas o eclipse do corpo. *Eclipse* porque poderá ressurgir a qualquer momento, exigindo que a mente se ocupe dele prioritariamente, como nas dores, doenças somáticas e, aqui, em especial, os estados de luto e/ou melancolia. O ser humano passa a ser visto como um sistema integrado e complexo – o sistema homem –, no qual a sintomatologia física, a disposição afetiva, o modo de sentir e tratar o próprio corpo e o pensamento estão vinculados de maneira particular. E particular para cada indivíduo, visto que "cada corpo específico produz uma mente específica, e poder encontrá-la será a grande tarefa da relação analítica" (Favilli, 2003).

O corpo físico se constitui então em fonte de vida e ao mesmo tempo de morte – o predomínio de uma delas traçaria a nossa história e o nosso destino. Com a consciência de um início e de um final inexorável, teria lugar o viver responsavelmente o tempo que os separa, um tempo que não se mede, dado que a consciência admite um fim, mas não um quando. Assim sendo, o tempo que separa os dois extremos é o tempo do hoje ou o tempo deste momento, o que corrobora a tese de Bion do "sem memória e sem desejo", sem se prender ao passado, sem que a expectativa do futuro seja obstáculo à experiência do presente, o único tempo que de fato se tem, o qual deverá ser orientado para a busca da verdade, como o alimento que harmoniza o sistema, e responsabilidade por si mesmo.

Ter a consciência da morte ativa percepções sensoriais (estados marasmáticos), cabendo à mente a difícil tarefa de servir de continente para a corporeidade, anotando, registrando e possibilitando o pensar responsavelmente sobre a experiência de vida que se tem, possibilitando o aprendizado. O risco que se impõe é a criação de um estado de desarmonia corpo-mente, quando o psiquismo rejeita ou nega a imposição do limite da morte. Tal desarmonia no sistema aumentaria a dor e o sofrimento, a solidão e o desamparo. Situações como a perda importante da pessoa amada trazem a consciência real e concreta dos limites e da finitude, marcada pela constante inevitável da morte, assim como situações de perda simbólica em que o próprio ego se mostra empobrecido produzem uma invasão psíquica que desestabilizará o sistema.

A morte não deve ser considerada como parte da vida, a vida termina com a morte. Porém, de acordo com as hipóteses de Ferrari, admitindo que o objeto primeiro da mente seria o mesmo corpo que a gerou – sendo a dimensão psíquica, portanto, uma função do corpo biológico –, compreendemos que a morte da pessoa amada seria uma situação bastante complexa, que afetaria diretamente a configuração egóica e a constelação edípica, colocando o sujeito em contato direto com sua vulnerabilidade e finitude, ocasionando importante desarmonia no sistema.

De acordo com os estudos do professor Ferrari e de seus colaboradores, o relacionamento com um outro significativo seguirá o modelo do relacionamento inicial com a mãe (catalisadora dos recursos do bebê), sendo este outro, também, um catalisador de certos recursos do próprio sujeito. Com a perda, o sujeito será forçado a introduzir em sua configuração egóica os aspectos concernentes a este determinado relacionamento interrompido, responsabilizando-se por estes aspectos. Algo que, evidentemente, é condizente com a fase ontogenética da constelação edípica, voltando sua curiosidade individual para si mesmo, ao contrário da possessividade e dos ciúmes característicos da fase filogenética.

Assim, considerando esta hipótese de trabalho, não se poderia falar em perda, pois não haveria posse do objeto, mas, sim, em interrupção do relacionamento determinado pela morte do outro amado. O sujeito deverá passar a se responsabilizar pelos aspectos anteriormente cuidados pelo outro, tornando-se também responsável por suas escolhas e por sua vida. A consciência da morte poderá ser, portanto, uma possibilidade grande de revisão no sistema individual.

Porém, se à constelação edípica faltar elasticidade e mobilidade dentro de seu domínio psíquico, constituindo-se rigidamente, a perda do outro significativo poderá provocar reações ainda mais desarmônicas, e todo o sistema tenderá a remanescer em uma condição marasmática.

Ainda de acordo com o pensamento do grupo italiano, e usando o conceito de configuração egóica, podemos identificar o estado melancólico como um momento de grande desarmonia experimentado dentro do próprio sistema, sem termos de lançar mão do conceito da divisão do ego, como fez Freud. Compreende-se, então, haver um elevado aumento da condição entrópica, resultado de uma sobrecarga do conflito entre "Uno (corpo) e Bino (mente)". Na condição de luto/melancolia, as idealizações e expectativas do Bino seriam fortemente frustradas, e haveria grande resistência em reestruturar seu mito pessoal. Vivendo a experiência da finitude e do limite, confrontado com seu mito pessoal e suas idealizações, o ódio à realidade levará o sistema a regredir à condição marasmática, com conseqüente desertificação da configuração egóica, sem possibilidade de fazer uso da própria experiência.

A capacidade de o indivíduo se adaptar a essa nova realidade produzida será diretamente proporcional à possibilidade de re-harmonizar seu sistema corpo-mente. Um diálogo pessoal interno deverá ser ativado, e a proposta seria ajudar o paciente a aprender a viver a vida responsabilizando-se por ela. O trabalho analítico precisa ser cuidadoso, no sentido de evitar conluios que poderiam distanciar o analisando dos pensamentos de perda e, assim, reforçar operações de cisão e negação, colocando o paciente como mero espectador de si mesmo.

Recebo em análise, há alguns anos, um paciente a quem chamarei de P. Este homem, de cerca de 30 anos, procurou-me após longa peregrinação por diversas especialidades médicas e alguns tratamentos psiquiátricos e psicológicos sem muito sucesso. Sofria com terríveis dores fibromiálgicas generalizadas e também com algo diagnosticado anteriormente como DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho). Referia, ainda, uma sensação mais ou menos constante de que algo de muito ruim estaria para lhe acontecer.

Ainda por telefone, no momento em que tentava marcar o horário para a primeira entrevista, observo ser alguém que escolhe meticulosamente cada palavra que irá pronunciar. Aceita prontamente o horário por mim oferecido. Recebo, então, um homem muito alto, grande; parece forte fisicamente, porém me dá a impressão de flacidez e insegurança. Caminha lentamente, não como se não tivesse pressa, mas como se medisse cada passo a ser dado, da mesma maneira como mede as palavras. Cumprimenta-me com um aperto de mão (sua mão está úmida e fria). Conta-me de sua procura por diversos tratamentos (faz uso de antidepressivos, ansiolíticos e acupuntura) e fala de seu sofrimento. Chama minha atenção a falta de correspondência afetiva nas expressões de seu rosto (não há expressão alguma, como se os músculos de sua face estivessem inertes), nenhuma expressão de dor, sofrimento ou desconforto. Nenhuma modulação da fala, sempre linear. Tenho a fantasia de

uma espécie de deserto emocional posto à minha frente. Nenhuma emoção presente, não há sinal de afeto.

Nova entrevista é agendada, e minhas impressões permanecem as mesmas. Ele me diz estar disposto a investir em uma experiência psicanalítica e me pede esclarecimentos sobre como seria "o tratamento". O paciente compreende a experiência psicanalítica dentro de um modelo médico no qual ele traria a doença e eu realizaria a cura. Tento lhe falar da importância de que trabalhemos juntos e dar a conotação de experiência emocional ao trabalho analítico. Percebo em P. certa dificuldade em abstrair e simbolizar que, no decorrer da análise, acabará se mostrando bastante profunda.

O paciente é um homem intelectualmente capaz, porém com um pensamento quase operatório quando chega a mim. Sinto sua procura como um grande desafio a nós dois. Decidimos, por fim, tentar iniciar um trabalho juntos, embora eu tivesse consciência de que estaria diante de uma empreitada bastante difícil.

De início, o paciente é percebido por mim como portador de um transtorno narcísico de personalidade, com traços obsessivos de caráter, sintomas obsessivos e queixas psicossomáticas. Demonstra grande dificuldade em compreender a linguagem dos afetos e em desenvolver o pensamento para além de um modelo ruminativo/obsessivo. Vez por outra questiona os benefícios da análise como tratamento, ficando bastante perturbado em especial quando lê algum artigo em jornais ou revistas com elogios a tratamentos farmacológicos e depreciação das psicoterapias, sobretudo da psicanálise. Não percebe emoção em si mesmo e não tem nenhuma capacidade empática. Não faz idéia do que seja emoção ou qualquer outro tipo de manifestação afetiva. Não sente amor, ódio, alegria, tristeza, compaixão, nenhuma emoção além do medo do que poderá lhe acontecer. Se questiono sobre algum matiz afetivo, depara-se com um vazio e invariavelmente responde com uma racionalização.

Um de seus maiores temores é o de manter relação sexual com penetração com uma noiva, pela qual não sabe absolutamente o que sente.

Trabalha em um órgão público e reside com a mãe, descrita como possessiva, controladora e ciumenta, e uma irmã, da qual pouco fala. Seu pai, falecido por complicações cardíacas após um transplante, quando P. tinha 16 anos, é referido como extremamente violento, impulsivo, autoritário, alguém que causava medo em seus subordinados profissionais e nas pessoas com as quais se relacionava.

Conta-me sobre um fato ocorrido quando ainda criança, quando, ao tentar apanhar um peixinho num lago de uma praça pública, fora flagrado por um guarda do local que o teria repreendido. Chegando em casa, contou o episódio ao pai, que se armou de um revólver e foi tomar satisfações com o tal guarda. O pai jamais se separava de uma arma de fogo e não hesitava em fazer uso dela para intimidar pessoas. Fala-me do comportamento constantemente irritado deste, muitas vezes com explosões de violência, de maneira que o paciente vivia a expectativa permanente de uma agressão ou de uma humilhação vinda do pai. Excessivamente severo e rigoroso, não havia conduta ou postura do filho que o pai compreendesse pai como correta – e qualquer deslize poderia resultar em agressão.

O paciente tem o mesmo nome do pai, trabalha no mesmo órgão público em que o pai trabalhava e, a despeito do sofrimento experienciado na relação com ele, o tem como um modelo fortemente idealizado de inteligência, poder, segurança e autoridade – algo que deseja, mas acredita que jamais irá alcançar. Após um transplante cardíaco, o pai teve um

agravamento do quadro e precisou retornar ao hospital. O paciente foi seu acompanhante. Em dado momento, diante do pai agonizante, resolveu ir a um shopping próximo ao hospital, deixando-o sozinho. Ao retornar, o pai havia falecido.

No colégio era chamado de retardado mental e sofria com humilhações provocadas por outros colegas. Nunca teve amigos. Observo que P. tem imensa dificuldade em assumir responsabilidades por qualquer coisa, sempre tentando fazer com que alguém as assuma em seu lugar. Se diz alguma coisa e eu me refiro ao que disse, tem grande dificuldade em assumir o que foi dito por ele mesmo, atribuindo a fala sempre a mim: "O senhor disse que..."

Tem relacionamentos esporádicos com prostitutas, sempre através de sexo oral, e não é incomum desenvolver pensamentos obsessivos de que pode ter contraído AIDS, indo periodicamente consultar um especialista no assunto. Preocupa-se obsessivamente com algo que poderia lhe acontecer (um agravamento de sua doença), impossibilitando-o de trabalhar, o que seria a sua miséria e a sua ruína (é capaz de passar semanas com essa mesma idéia obsessiva). Observo, ainda, que o paciente não utiliza o presente do tempo verbal em suas falas, sempre expressas no passado ou no futuro ("sempre foi assim..." ou "será que...", ou "e se..."). De comportamento bastante arrogante e vaidoso, privilegia o ter (materialmente) e, quando questionado sobre o ser, depara-se novamente com um vazio.

O trabalho analítico vinha se desenvolvendo com grande dificuldade (embora o paciente fosse bastante assíduo e pontual com os horários das sessões). Minha tentativa era a de lhe oferecer um continente seguro e confiável, antes de qualquer outra coisa, algo que P. parecia nunca ter tido. Se respeito e proteção aos limites do setting analítico são, em geral, algo de grande importância, para este paciente isso era fundamental. Eu buscava captar intuitivamente algum colorido afetivo, fazendo uso de minha contratransferência ou ainda de aspectos percebidos por identificação projetiva, procurando ajudá-lo a perceber algum conteúdo afetivo em si mesmo e nomeando-os.

O paciente corta as unhas dos dedos das mãos arrancando pedaços e usando como lâmina as unhas de outros dedos; tem por hábito realizar esse ritual em algumas sessões, com os braços estendidos para trás do divã, quase a me tocar. Depois de certo tempo, comecei a me flagrar irritado com o barulhinho das unhas atritando e com os pedacinhos de unha caindo entre o divã e a minha poltrona. Tenho fantasias de interferir nesse processo irritante – será que este senhor de terno e gravata não teria hora melhor para isso? Contenho-me e passo a me indagar sobre que espécie de comunicação seria essa. Após muitas sessões em que o ritual se repete, adquiro uma compreensão melhor de P. e suas lembranças, atuadas na transferência de maneira bastante primitiva, assim como de minhas reações contratransferenciais – talvez este menino de terno e gravata busque reviver na situação analítica suas dores de infância. Talvez eu estivesse sendo convocado a fazer parte de seu teatro psíquico como aquele pai agressivo, violento, autoritário e idealizado. Admirado e temido. Que oferece segurança, mas que ao mesmo tempo ameaça.

Durante uma sessão, iniciada um tanto monotonamente como tantas outras, após o ritual das unhas, associa suas dores fibromiálgicas às freqüentes "surras de cinturão com o lado da fivela" que recebia do pai, muitas vezes sem saber nem sequer o motivo. Penso nas terríveis dores de P. como parte de uma memória corporal que começa a ganhar representação através da análise da transferência, baseada na associação de sensações, dentro da experiência analítica (Fontes, 2002). Como nos diz Pontalis (1990), nem tudo seria remi-

niscência, existe ainda uma espécie de memória atuada, uma não-memória, uma recusa de memória, diferente de amnésia; por serem irrepresentáveis, se inscrevem sensorialmente no corpo.

Também Green (1988) nos lembra que, como alternativa à evacuação,

> os pensamentos (no início, pictogramas) poderão ser destruídos, criando um ferimento na mente que produzirá uma hemorragia da representação, um estado de vazio, um buraco negro na mente, atraindo e destruindo os pensamentos, e o aparelho para pensar estará danificado.

É um paciente que pode ser compreendido, à luz das hipóteses do grupo de Ferrari, como alguém com graves perturbações em sua configuração edípica desde muito cedo, conforme relatado. O fato de ser o único filho homem e ter o mesmo nome do pai contribuiu de maneira contundente para o estabelecimento de seu mito pessoal – deveria crescer e se tornar homem à semelhança do pai. Teve a fatalidade de perder o pai, idealmente amado e odiado, num momento crucial de seu desenvolvimento, a adolescência, e deveria se tornar, em tese, a partir de então, o homem da casa.

Adotando uma perspectiva dinâmica e considerando a hipótese de OOC, a experiência de luto que poderia ter sucedido a morte do pai poderia ser uma possibilidade individual de profunda revisão do sistema para este paciente. Poderíamos também descrever esse estado particular como o resultado de um aumento elevado da condição entrópica, conseqüência de uma intensificação irregular do conflito entre "Uno e Bino" (corpo e mente). Poderíamos supor ainda que o seu Bino, tendo grandes idealizações e fortes expectativas, sente-se violentamente frustrado por não ter como consegui-las ou realizá-las.

Tenta não mudar seu mito pessoal, quando a dramática situação vivida requereria que fosse revisto e modulado. O ódio intenso à percepção do limite e da realidade que se impõe ao encontro consigo mesmo teria levado a uma espécie de desertificação ou esvaziamento de sua configuração egóica. Em casos como o de P., o desapontamento, o ódio e a intolerância ao limite causam tamanha angústia, que todo o traço da experiência precisará ser removido, a fim de proteger o sistema, quando sentimentos melancólicos de desânimo e perda de sentido surgem como uma sombra que ameaça preencher a totalidade da esfera psíquica. Ou, como nos dizem Paolo Carignani e Fausta Romano (2006):

> A percepção da própria finitude, da vulnerabilidade, da dor e do limite é com freqüência rejeitada pela mente, quando esta tende a se auto-representar como invulnerável e imortal, o que acentua perigosamente o conflito da relação com a própria corporeidade.[3]

O evento causador do luto é um evento real que implicaria uma reorganização da configuração egóica e um processo interior de revisão que, neste caso, não pode ocorrer. Nos casos mais desarmônicos, tal processo afetaria também a constelação edípica (e seria afetado por ela), e todo o sistema correria o risco de remanescer em condição marasmática, tal como parece ter ocorrido com P. na adolescência.

**3** Tradução livre do autor.

Em diversas ocasiões, em situações que previam viagens de trabalho ou mesmo de passeio com a família ou com a noiva, o paciente era tomado por grande angústia. Durante muito tempo evitou viagens, sempre cancelando-as na última hora. Diante da responsabilidade de conduzir a si mesmo, refugia-se no passado e/ou projeta-se para o futuro: "Meu pai já fez essa viagem e não foi bom...", "Sei de uma pessoa que teve problemas..." Ou ainda: "Eu nunca consegui...", "E se eu ficar muito tenso durante a viagem? E se tiver uma crise e entrar em pânico? E se não conseguir ter relações com minha noiva? E se minhas dores piorarem e eu não conseguir me mover? E se o avião cair?"

Tenho tentado chamar a atenção de P. para o fato de que desta forma, fugindo para o passado ou para o futuro, ele se transforma em mero espectador de sua própria vida, uma vez que só poderia viver como participante no tempo presente. E o tempo presente é sempre o tempo do desconhecido, o desconhecido com o qual se pode aprender a cada nova experiência, a partir de suas próprias escolhas, responsabilizando-se pelo que sente, pensa e faz.

Nas últimas sessões, algo de novo parece surgir. Ainda que um tanto temeroso, o paciente consegue realizar duas viagens (uma a trabalho e outra a passeio) e, para sua surpresa, nenhuma daquelas terríveis expectativas se efetivou, tendo ele retornado um pouco mais confiante e um pouco mais seguro, contando-me que, além de trabalhar, pôde também se divertir com os colegas.

Em uma sessão recente, P. questiona o relacionamento que tem com a noiva: "[...] não consigo ter uma vida sexual normal com minha noiva, sinto-me inseguro... Mas acho que de fato não gosto dela. Fico pensando se teria um relacionamento sexual mais satisfatório com outra pessoa. Talvez, mas como poderia saber, se não tenho outra pessoa e nem sei que pessoa seria essa? Tudo o que sei é que com minha noiva não me sinto bem..."

Levando em consideração esse trecho de sessão, penso que o paciente começa a demonstrar um funcionamento menos desarmônico em seu sistema. Parece perceber melhor o que sente, questionando-se, dialogando consigo mesmo, mais conectado ao seu tempo. Procura identificar caminhos e pensar em opções e escolhas. Um funcionamento um tanto diferente de quando me perguntava o que fazer ou me pressionava para que me responsabilizasse pelo que é dele, o que pode indicar uma retomada da fase ontogenética de seu desenvolvimento.

A fuga para o passado, anterior à doença, ou para o futuro, para evitar a dor e a angústia, eliminaria a possibilidade de viver a única experiência que pode ser vivida: a experiência do tempo presente. Corpo, mente e tempo precisam estar sempre ativos, presentes e integrados, a eliminação de qualquer um desses três elementos colocaria o paciente num desesperado estado de sofrimento solitário e desnecessário.

Concordamos com Bion quando ele nos diz que, às vezes, aquilo de que um paciente mais precisa é uma vigorosa injeção de verdade, mesmo que isso lhe pareça desagradável, visto que a verdade não apenas enriquece, mas liberta a alma, ajudando a colocar o sujeito em contato maior com sua verticalidade, capacitando-o a melhor fluir sensações e emoções de sua condição entrópica para a expressão na horizontalidade (área negentrópica), assim contribuindo para delinear e delimitar seu espaço mental, liberando potenciais que poderão transformar o deserto em algo animado e habitável. Ou, como no "Lembrete" do poeta Drummond (2005), "Se procurar bem, acaba-se encontrando, não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia (inexplicável) da vida".

***Con el alma deshabitada: reconsideraciones sobre luto y melancolia***

***Resumen:*** *El autor inicia el texto recordando que Freud sostuvo siempre la tesis que el psicoanálisis era una fracción de las ciencias naturales y que, aunque preocupado con la relación entre el cuerpo e la mente, habería privilegiado los aspectos psicológicos del psicossoma. Así fue también con los principales autores que vinieron después. En las últimas décadas, presionados por la predominancia de las patologias más primitivas, la dimensión somática despertó la atención de estudiosos contemporáneos (Bion, Winnicott, MacDougall, Green, Fontes). El texto es desarrollado intentando resaltar la importancia de que los psicoanalistas comprendan el psicossoma como una unidad integrada que no puede ser apartada; tal ruptura conduciria a grandes daños para el sistema hombre. Basado en las hipótesis de Ferrari, el autor teje reconsideraciones sobre luto y melancolía, y ilustra con un caso clínico.*
***Palabras claves:*** *luto y melancolía; psicossoma; psicoanálisis.*

***With uninhabited soul: reconsiderations on mourning and melancholy***

***Abstract:*** *The author begins the text reminding us that Freud always sustained the thesis that psychoanalysis would be contained within the natural sciences, and that, although it is concerned with the relationship between body and psyche, it has given primary importance to the psychological aspects of the psychosoma. And so did the main authors who followed him. In the last decades, pressured by the predominance of more primitive psychopathologies, the somatic dimension has called the attention of more contemporary authors (Bion, Winnicott, McDougal, Green, & Fontes). The text was developed with the intent of highlighting the importance for analysts to understand the psychosoma as an integrated unity, which cannot be dissociated, else there are great disadvantages for a man's system. Based on the hypothesis of Ferrari, the author also reconsiders mourning and melancholia, illustrating his thoughts with a clinical example.*
***Keywords:*** *mourning and melancholy; psychossoma; psychoanalysis.*

**Referências**

Aisenstein, M. (2003). A psicossomática como corrente essencial da psicanálise contemporânea. In *Psicanálise contemporânea*, *Revista Francesa de Psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 2001.)

Andrade, V. (2003). *Um diálogo entre a psicanálise e a neurociência.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Anjos, M. (1996). Entrevista com Armando Bianco Ferrari. *Alter.* Vol. 15, n. 1.

Bonasia, E. (1994). Dobbiamo ancora usarei il lettino? Riflessioni su modelli della mente e tecnica. *Rivista di Psicoanalisi. 40*(3).

Carignani, P. & Romano, F. (2006). Introduzione. In *Prendere corpo.* Milano: Franco Angeli.

Andrade, C. D. (2005). Lembrete. In *Declaração de amor.* Rio de Janeiro: Record.

Favilli, M. (2004). Apresentação. In (A. Ferrari), *Vida e tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferrari, A. B. (1995). O eclipse do objeto originário concreto. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *29*(2).

_____ (2000). O tempo da vida. *Alter*. Vol. 19, n. 2.

_____ (2004). Só amanhã. In *Vida e tempo.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2004). *From the eclipse of the body to dawn of thought.* London: Free Association Books.

Fontes, I. (2002). *Memória corporal e transferência.* São Paulo: Via Lettera.

Freud, S. (1987). Projeto para uma psicologia científica. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895.)

_____ (1987). Luto e melancolia. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915.)

_____ (1987). Sobre a transitoriedade. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915.)

_____ (1987). Reflexões para os tempos de guerra e morte. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915.)

_____ (1987). Esboço de psicanálise. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 23. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1938.)

Goulart, A. A. (2004). Estudos sobre psicanálise e neurociência. Trabalho apresentado na 10ª Jornada de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica do Recife e no 22º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Salvador.

Holovko, C. (2002). Tecendo a corporeidade no processo de mudança psíquica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *36*(3).

Levy, C. (2005). Para a morte ser vista com naturalidade. In *Jornal da Unicamp.* Edição 272, de 25 a 31 de outubro de 2004.

Lombardi, R. (2002). Corpo, afetos, pensamento. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *36*(2).

McDougall, J. (1991). A dor psíquica e o psicossoma. In *Em defesa de uma certa anormalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1983.)

_____ (1991). O psicossoma e a psicanálise. In *Em defesa de uma certa anormalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1983).

Meltzer, D. (1989). Luto e melancolia (processos de identificação). In *Desenvolvimento clínico de Freud.* São Paulo: Escuta.

Montagna, P. (1991). Interação psicanalítica com paciente terminal. *Ide*, n. 21.

_____ (2001). Afeto, somatização, simbolização e a situação analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *35*(1).

_____ (2003). O paciente psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *37*(2/3).

Oliveira, L. (2005). As mortes e a morte em oncologia. *Trabalho acessado através da Internet.*

Pally, R. (2000). O processamento das emoções: a conexão mente-corpo. *Livro anual de psicanálise.* Tomo 14.

Romano, F. (2005). Lutto e malinconia: alcune riflessioni critiche. L'Istituto Psicoanalitico di Formazione e Ricerca, retto dal prof. A. B. Ferrari.

Sandler, E. (1997). Considerando a dor na análise de crianças. In *Ensaios clínicos em psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago.

Torres, W. (1983). *A psicologia e a morte.* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Vomero, M. (2005). Morte. *Trabalho acessado através da Internet.*

Winnicott, D. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958.)

_____ (1993). El transtorno psicossomático. In *Exploraciones psicoanalíticas.* Vol. 1. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1989.)

[Recebido em 17.3.2008; aceito em 13.5.2008]

Adalberto Goulart, Aracaju

[Sociedade Psicanalítica do Recife SPR e Núcleo Psicanalítico de Aracaju]

Av. Anísio Azevedo, 675/304

49020-240 – Aracaju SE – Brasil

Tel. 55 79 3246-3070

adalbertogoulart@uol.com.br