

LUTO INSÓLITO, DESMENTIDO E TRAUMA:
CLÍNICA PSICANALÍTICA COM MÃES DE BEBÊS

Neste artigo busca-se compreender as dificuldades de elaboração do luto decorrente de óbito de feto ou de recém-nascido, a que chamaremos genericamente de luto perinatal, a partir das idéias de desmentido e trauma. Consideramos que as peculiaridades deste luto, que não costumam ser reconhecidas pelo entorno, acarretam efeitos nefastos no psiquismo da mulher. Efeitos estes observáveis na clínica, muitas vezes, por intermédio do restante da prole.

Palavras-chave: psicanálise, luto, psicopatologia, vínculo mãe-bebê

LUTO INSÓLITO, DESMENTIDO Y TRAUMA:
CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON MADRES Y BEBÉS

En este artículo se busca la comprensión de las dificultades de elaboración del luto proveniente del óbito del feto o del recién nacido, que llamaremos genéricamente de luto perinatal, basadas en las ideas de desmentido y trauma. Se considera que las peculiaridades de este luto, que generalmente no son reconocidas por el entorno, producen efectos nefastos en el psiquismo de la mujer. Efectos que son observados en la clínica, muchas veces, por medio del resto de la prole.

Palabras-llave: psicoanálisis, luto, psicopatología, vínculo madre-bebé.

DEUIL INSOLITE, DÉMENTI ET TRAUMA.
CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE AVEC MÈRE DE BÉBÉS

Dans cet article on cherche à comprendre les difficultés de élaboration du deuil dû à mort du fœtus ou du nouveau né, que nous désignerons génériquement deuil périnatal, à partir des idées de démenti et trauma. Nous considérons que les particularités de ce deuil, qui ne sont pas habituellement reconnues par les personnes autour, occasionnent des effets néfastes à la psyché de la femme; effets observable dans la clinique, beaucoup de fois, au moyen du reste de la progéniture.

Mots-clé: Psychanalyse. Deuil. Psychopathologie. Relation mère-bébé.

UNUSUAL MOURNING, DESAVOWAL AND TRAUMA.
PSYCHOANALYTIC CLINIC WITH MOTHER OF BABIES

In this article understand the difficulties of elaboration of the mourning due to fetus or newly-born death, which we will name generically perinatal mourning, from the ideas of desavowal and trauma. We consider that the peculiarities of such a mourning, which are not usually recognized by people around, cause disastrous effects in woman's psyche; effects observed at the clinic, many times, through the remaining of the offspring.

Keywords: Psychoanalysis. Mourning. Psychopathology. Mother-baby relationship.

LUTO INSÓLITO, DESMENTIDO E TRAUMA:
CLÍNICA PSICANALÍTICA COM MÃES DE BEBÊS

Artigo publicado na *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, nº 4, 2007.

Vera Iaconelli

Gostaríamos de avançar na compreensão das dificuldades de elaboração do luto decorrente de óbito de feto ou de recém-nascido, a que chamaremos genericamente de luto perinatal, a partir das idéias de desmentido e trauma. A princípio reiteramos a noção de que a modernidade lida com as questões relativas à morte, evitando o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento, alimentando a fantasia onipotente de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica. Não podemos deixar de apontar esta forma alienante de contato com o sofrimento como variável deletéria na elaboração do luto, pois acreditamos que, ao lançarmos luz sobre o funcionamento psíquico do indivíduo, incorremos no risco de ignorar os efeitos da cultura sobre o assunto. Não obstante, consideramos imprescindível uma descrição do psiquismo da mulher que acaba por desvelar-se na situação de perda do bebê. Antecipamos o entendimento deste luto como algo insólito, uma vez que suas características apresentam aspectos incomuns que o tornam incompreensível e irreconhecível pelo entorno. Há algo da perda deste objeto que não se oferece à percepção, ou melhor, parafraseando Freud (1976), não vislumbramos o que foi perdido no objeto e com o objeto. Observamos que as reações das pessoas à notícia da perda de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes. Estas mães por vezes ouvem: *‘Calma. Você é jovem e poderá ter outros filhos’*; *‘Volte para casa e desmanche o quartinho’*; *‘Foi melhor assim...’*

Esta verdadeira negação do sofrimento dos pais funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação. O traumático é entendido aqui como algo da ordem de uma experiência, cuja dimensão requer intenso trabalho psíquico e que não encontra condições de ser operada. No caso da mãe enlutada, apontamos a falta de compreensão da sua dor como uma das variáveis deletérias para sua consecução.

Evitamos neste trabalho as inúmeras situações aonde o luto encontra obstáculos decorrentes do próprio psiquismo da mãe, dificuldades anteriores à perda do bebê, para podermos delimitar o tema escolhido. Consideramos, entre as condições sociais oferecidas, os rituais que um determinado grupo observa diante da perda de um ente querido: o tratamento dado ao corpo falecido, procedimentos religiosos, expectativas de recuperação num lapso de tempo. Qualquer um é capaz de perceber que a cena de sepultamento não se baseia na realidade da existência de uma pessoa. Melhor dizendo, ninguém se espanta nem considera patológico o hábito de depositar flores sobre o túmulo de uma pessoa querida. Ao mesmo tempo, sabe-se que, a bem da realidade, a pessoa que se homenageia neste ato não está lá. O ritual com o cadáver; sua limpeza, vestimenta, velório, cremação, tudo é absolutamente anacrônico quando considerado de forma objetiva. Nem por isso, prescindimos deste prolongamento da existência do outro como forma de elaborar sua perda. No luto perinatal, nem sempre é escutado o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são realizados, não deixam de criar certo constrangimento. Estas diferenças no tratamento destes casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o *status* de morte de filho. Não nos cabe avaliar os procedimentos recomendáveis em cada ocasião mas, sim ressaltar que o que convém ao entorno e o que é desejável pelos pais nem sempre coincide e que só uma escuta sensível poderá revelar estas diferenças.

Vejam os o que se passa no referente à mãe e perceberemos que se trata de uma verdadeira ‘confusão de língua’ entre mães de bebês natimortos e pessoas que não tenham passado pelo mesmo evento, ou que, havendo passado, param de reconhecê-lo como tal. Se, por um lado, há uma tentativa social de negar a perda, por outro lado, o psiquismo na gestação apresenta peculiaridades que não costumam - nem deveriam - aparecer fora dela. Entre elas está a possibilidade de alucinar um bebê pronto, acabado, inteiro onde só há conceito.

DO QUE É FEITO UM BEBÊ?

A chegada de um bebê, que possa se constituir como bebê humano pressupõe sua espera. É na antecipação de sua chegada, tecida a partir de identificações e fantasias, que algo da ordem da ambiência psíquica pode ser construído para recebê-lo. Bleichmar (1994) fala-nos de um compartilhar do psiquismo da mãe que dá empréstimo narcísico ao filhote humano, recuperando um termo em desuso, o ‘ego auxiliar materno’:

[...] nos inícios da vida este ego que produz inibições e propicia ligações do decurso excitatório não está no incipiente sujeito senão que no semelhante humano, e apenas desde esta perspectiva é que se pode falar, retomando uma expressão que caiu bastante em descrédito nos últimos anos –e com acerto-, de um “ego auxiliar materno”, que não provê apenas os recursos para a vida senão que inscreve, de início, estes recursos em sua potencialidade de “pulsão de vida”, quer dizer, de ordenamento ligador que propicia uma articulação da tendência regulada à descarga. (BLEICHMAR, 1994, p. 31-32)

Este espaço psíquico, que tem seu correlato no real com a construção de um espaço físico – quarto, enxoval, transformações corporais -, vai sendo tecido desde as primeiras identificações da menina com seus pais, nas suas brincadeiras de boneca, em seus sonhos adolescentes. Vemos, muitas vezes, na clínica com mães de bebês, a ansiedade que recai

sobre a construção do quarto e do enxoval do bebê e todas as ‘crises’ decorrentes da incompatibilidade entre o real e o idealizado.

Quando Winnicott nos fala da preocupação materna primária, não deixa de apontar o quanto de patológico haveria neste estado fora do contexto do ciclo gravídico-puerperal:

“Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma **doença**, e recupera-se dele” (WINNICOTT, 2000, p. 401, grifo nosso).

Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre este risco.

Algo da discriminação entre o real e o imaginário torna-se tênue. O objeto vai sendo investido libidinalmente a partir deste lugar de projeções e identificações. O narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, ir fazendo o luto da fantasia. Sem esta construção de um ‘berço psíquico’ feito pelo adulto que cuidará dele, o bebê viveria a catastrófica experiência de queda da construção psíquica, deslizando da ordem do humano, ficando aquém da possibilidade de constituição de um Eu, vivendo o puro real do corpo. Por outro lado, quando o bebê se mostra impossibilitado de preencher minimamente estas densas expectativas (malformações graves, falecimentos), quando não há depositário do investimento materno, quando o objeto não pode receber esta catexia libidinal, como fica o psiquismo desta mulher? Partimos do pressuposto de que há uma mãe desejante em toda gestação, mesmo que impere a ambivalência. Não está dado à observação fácil a quais desejos a gravidez vem corresponder, mas é facilmente identificável a existência de um complexo de expectativas, medos e anseios que rodeiam o estado gravídico.

O LUTO EM FREUD

Freud (1976, p.277-8) nos aponta que “o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento”. Para que o luto seja realizado, ele indica algumas condições que o psiquismo vai concretizando com a ajuda do tempo. Entre elas, superinvestimento e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito, a elaboração da ambivalência. Vejamos como estas situações se aplicam ao luto perinatal. Para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precisa preceder a chegada do bebê e é deste material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade, a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê em casos de má-formação grave. A mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perdeu. Quando os rituais são realizados - em caso de óbito pós-termo, por exemplo -, ainda assim, os pais costumam ouvir declarações de que seus bebês são substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho do luto, como as acima citadas. “A perda do bebê, enquanto objeto investido, aponta para o risco de um quadro de luto patológico ou de depressão branca” (GREEN, 1988, p. 244), incompreensível para aqueles que se atêm ao tempo de convívio entre pais e bebê. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração deste tipo de luto tendam a ser desconsideradas.

Estudos mostram a melhoria do sofrimento dos pais quando estes são incentivados a lidar com o bebê real, incluindo-se casos de má-formação grave¹. Estes procedimentos, *quando*

¹Em recente estudo sobre aborto legal em casos de inviabilidade de sobrevida demonstrou-se que a escolha entre interromper ou continuar a gestação é fortemente influenciada pela precocidade do diagnóstico. Depois que são sentidos os movimentos fetais e algo da formação de vínculo passa a se estabelecer, a opção pela continuidade é significativamente maior.

em conformidade com o desejo dos pais, favorecem o teste de realidade que permite descatexizar o objeto subjetivamente investido. A questão do tempo tende a ser subestimada, e alguns pais têm o ímpeto e são incentivados a terem logo outro filho numa tentativa de preenchimento do vazio angustiante. A clínica psicanalítica é repleta de alusões a casos de tratamento de crianças que foram ‘colocadas’ no lugar de um falecido irmãozinho com grande prejuízo psíquico delas. As más-formações reavivam os fantasmas das deformações e monstruosidades que povoam o psiquismo dos pais durante toda a gestação, trazendo a cena temida para a realidade. Assim também a morte de uma criança aciona fantasias relativas à perda do ‘bebê maravilhoso’ que já fomos um dia para nossos pais e das quais temos que prescindir para nos tornarmos pais, maravilhando-nos com o filho que ocupa agora um lugar outrora nosso. Como nos aponta Leclaire:

A criança maravilhosa é, primeiramente, a nostalgia do olhar materno que fez dela um extremo de esplendor, semelhante ao menino Jesus em majestade, luz, jóia cintilante de poder absoluto; mas é também, e ao mesmo tempo, a criança abandonada, perdida numa total solidão moral, só, diante do terror e da morte. Pela extraordinária presença da criança de carne e osso, impõe-se mais forte do que seus gritos ou seu riso, a imagem resplandecente do menino-rei à que corresponde a dor da Pietà. (LECLAIRE, 1977, p. 10).

A morte do bebê reaviva fantasias da morte do ‘bebê maravilhoso’ com o qual temos que lidar incessantemente numa permanente relação de destruição e ressurgimento. O senso comum tende a atribuir a vinculação da mãe ao bebê como algo decorrente do tempo cronológico, de certa forma, isto é verdade, pois é claro que o convívio configura e estreita laços afetivos. O que se costuma desconsiderar é que a formação de vínculo se assenta

sobre as entranhas do psiquismo materno desde sua formação e deve a identificação com objeto sua potencialidade. Portanto, quando a mãe se encontra privada de seu objeto, previamente investido, mais do que nunca devemos respeitar e propiciar as condições para a elaboração do luto normal.

DESMENTIDO E TRAUMA

O potencial patológico do óbito perinatal atualiza-se diante do tratamento dado a estas mulheres. O trauma se configura na relação com a recusa. O desmentido da experiência subjetiva revela-se como reiteração do evento traumático, confiando-lhe um lugar de representação dissociada no psiquismo. Segundo Uchitel:

A memória do acontecimento (nem sempre faltante) não é o traumático, ele não é mais, como Ferenczi afirma, do que a prova real do acontecido. O que resulta traumático é a experiência que põe em dúvida o sistema – até então confiável – de relações, representações e valores, que ataca o *self* e suas construções, pelo qual nem o si mesmo nem os outros serão mais os mesmos [...]. A descrença, o desmentido, agride o processo de simbolização, coloca em dúvida o sentido de realidade, a sustentação do ego, a percepção e a organização psíquica. O trauma acontece quando não é permitido sentir e saber, quando se impõe outra percepção que tenta negar a existência da própria. (UCHITEL, 2001, p.117).

Segundo Ferenczi (1992, p. 109) “o período que antecede a ‘comoção psíquica’ é de autoconfiança e de suposição de se estar seguro”. Encontramos esta sensação precisamente na gravidez, que é vivida por grande parte das mulheres como momento de plenitude e poder. Se por um lado, a mulher se sente frágil e ansiosa, por outro, tende a idealizar sua condição atribuindo-lhe o caráter de ‘benção’. Esta fantasia onipotente cria um solo

potencialmente propício para o efeito traumático, quando as coisas não saem dentro do esperado.

O luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. A morte de filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida - morte dos pais, dos mais velhos - deixando os pais sem referências temporais. Algo de urgência busca preencher este lapso cronológico. O tempo que a experiência traumática exige para ser elaborada passa a ser subtraído numa tentativa desesperada de negar a especificidade do objeto. Coloca-se outro bebê no lugar do que foi perdido, ou seja, do mesmo. Operação de risco, uma vez que a face mortífera do bebê maravilhoso já foi vislumbrada, sem que o bebê de ‘carne e osso’ pudesse ter dado suporte para a perda narcísica. Não há como compartilhar deste luto no senso comum da modernidade, ficando a mãe duplamente desamparada: pelo bebê e pelos adultos.

Em casos de anencefalia, vemos a parturiente falando da necessidade de reconhecimento da perda de um ente querido, enquanto que a sua volta não se compreende e não se age com sensibilidade ao seu sofrimento, posto que há conceito, mas não há de fato bebê. Há algo de mais profundo desamparo nesta vivência. Não há como inscrever esta perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. Green (1988) aponta-nos os efeitos funestos de um luto não elaborado na impossibilidade de a mãe deprimida vir a cuidar do restante da prole. Entre os fatores que seriam desencadeantes da depressão materna e que acarretariam danos consideráveis ao psiquismo dos filhos teríamos, segundo o autor que:

Penso ser importante sublinhar que o caso mais grave é da morte de um filho com pouco tempo de vida, o que foi compreendido por todos os autores. Insistirei muito particularmente na causa cuja ocultação é total porque faltam os

sinais para que a criança possa reconhecê-la, e cujo conhecimento retrospectivo nunca é possível pois repousa num segredo: o aborto da mãe, que deve ser reconstruído pela análise a partir dos mínimos indícios. (GREEN, 1988, p.247).

Coerentemente com isso, vemos que um dos tratamentos eficazes para evitar-se um luto patológico tem sido, em muitos casos, o grupo de pais. Pelos motivos acima descritos, compartilhar a dor com outros pais enlutados tem sido uma forma de encontrar escuta do vivido e construir representações que dêem conta da perda.

Nasio (1997), num tocante relato sobre uma paciente que havia perdido um filho recém-nascido por morte súbita de causa não esclarecida, depois de um longo tratamento contra esterilidade, descreve o momento do reconhecimento, na exposição do analista, sobre o lugar do bebê falecido como condição para elaboração da perda:

Eu estava muito concentrado na escuta e, no momento de intervir, pronunciei estas palavras, quase mecanicamente: '[...] porque, se nascer um segundo filho, quero dizer um irmão ou irmã de Laurent'[...]. Antes que eu pudesse terminar a frase, a paciente me interrompeu e exclamou surpreendida: 'É a primeira vez que ouço dizer o irmão ou irmã de Laurent! Tenho a impressão de que um enorme peso foi tirado de mim'. [...] Assim, para Clémence, o futuro filho que talvez nasça nunca tomará o lugar do seu irmão mais velho, hoje falecido. Ele terá o seu próprio lugar, o lugar que o seu desejo, o desejo dos seus pais e o seu destino lhe reservam. E, simultaneamente, Laurent continuará sendo, para sempre, o insubstituível primeiro filho.(NASIO, 1997, p.13-14).

Evitamos discriminar as diferentes circunstâncias inseridas no óbito perinatal - pré-termo, pós-termo, conceptos anômalos, bebês com más-formações - pois acreditamos que o *status* de filho só pode ser atribuído a partir da subjetividade da mãe, que, devido ao estado psíquico peculiar do pós-parto, deverá ser atentamente ouvida. Dentro desta perspectiva, uma mãe pode ter uma recuperação 'espantosa' diante da morte de um filho esperado,

enquanto que outra se desorganiza psiquicamente diante da perda de um bebê de poucos meses de gestação. Algumas gestações não chegam a adquirir investimento psíquico suficiente para que um outro seja reconhecido na perda, e constatamos mais alívio do que dor, quando são interrompidas. Nem todas as mulheres lidam com esta situação de forma igual. Consideramos, por outro lado, aviltante que uma mulher capaz de reconhecer que não há viabilidade orgânica em sua gestação, seja obrigada a conviver com uma gravidez e um parto por uma imposição legal e arbitrária². Não nos cabe recomendar procedimentos ritualísticos adequados, se desejáveis ou não, pois estes só poderiam sê-lo partindo da perspectiva do psiquismo dos pais e das possibilidades oferecidas pelo entorno. Para que os pais possam expressar seu desejo há que se evitar constrangimentos e interpelações precipitadas. O tempo sim, é condição que não pode ser desprezada, pois o psiquismo não acompanha a velocidade exigida pela modernidade. No respeito ao desenrolar progressivo do luto, pode-se realizar uma escuta sensível e o que vem ajudar os pais a nomearem sua dor, evitando maior sofrimento para si mesmos e para gerações posteriores.

Referências Bibliográficas:

BLEICHMAR, S. *A fundação do inconsciente: destinos de pulsão, destinos de sujeito*.

Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FREUD, S. Luto e melancolia. In:_____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

v. XIV, p.277-8.

² Referimo-nos à ilegalidade do aborto no Brasil - em situações de más formações que inviabilizam a vida - e o prejuízo psíquico dos pais submetidos a este tipo de imposição.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e a da paixão. In: _____. *Psicanálise IV: obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 97-106.

_____. Reflexões sobre o trauma. In: _____. *Psicanálise IV: obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 109-112.

GREEN, A. A mãe morta. In: _____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988, p. 239-237.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. *Revista Percurso*. São Paulo, n. 34, p. 77-84, 1 semestre de 2005.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In: _____. *Pais – Bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 276-307.

LECLAIRE, S. *Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MERCER, V. R. Volte para casa e desmanche o quartinho. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C.M.F. (Orgs.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 205-218

NASIO, J. D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

SETUBAL, M.S.V. et al. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. Campinas: Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, 2005.

UCHITEL, M. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

WINNICOTT, D. A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

TÍTULO: Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês.

TÍTULO CONCISO: Luto insólito, desmentido e trauma.

TÍTULO EM INGLÊS: Unusual mourning, desavowal and trauma: psychoanalytical practise with mothers of babies.

AUTORA: Vera Iaconelli

TITULAÇÃO: Mestre em Psicologia pela USP; Psicanalista pelo Instituto Sedes Sapientiae

FILIAÇÃO INSTITUCIONAL : Professora do Curso de Psicologia do Ciclo Gravídico-Puerperal do GAMA – Grupo de apoio à maternidade ativa; Coordenadora da GERAR_ESCOLA DE PAIS - Núcleo de prevenção e tratamento dos distúrbios psíquicos precoces.

ENDEREÇO: R: Ferreira de Araújo, 221, cj 96 - Cep 05428-000 Pinheiros - Tel: 30326905
cons / 30236744 res / 99421912 e-mail: v.iaconelli@gerarescoladepais.com /
geraronline@uol.com.br

EVENTO: Trabalho apresentado no IV Encontro Latino-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, São Paulo, 04, 05 e 06 novembro de 2005

LUTO INSÓLITO, DESMENTIDO E TRAUMA:
CLÍNICA PSICANALÍTICA COM MÃES DE BEBÊS

Neste artigo busca-se compreender as dificuldades de elaboração do luto decorrente de óbito de feto ou de recém-nascido, a que chamaremos genericamente de luto perinatal, a partir das idéias de desmentido e trauma. Consideramos que as peculiaridades deste luto, que não costumam ser reconhecidas pelo entorno, acarretam efeitos nefastos no psiquismo da mulher. Efeitos estes observáveis na clínica, muitas vezes, por intermédio do restante da prole.

Palavras-chave: psicanálise, luto, psicopatologia, vínculo mãe-bebê, puerpério

ESPAÑHOL (idem)

FRANCÊS (idem)

INGLÊS (idem)

LUTO INSÓLITO, DESMENTIDO E TRAUMA:
CLÍNICA PSICANALÍTICA COM MÃES DE BEBÊS.

Gostaríamos de avançar na compreensão das dificuldades de elaboração do luto decorrente de óbito de feto ou de recém-nascido, a que chamaremos genericamente de luto perinatal, a partir das idéias de desmentido e trauma. A princípio reiteramos a noção de que a modernidade lida com as questões relativas à morte, evitando o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento, alimentando a fantasia onipotente de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica. Não podemos deixar de apontar esta forma alienante de contato com o sofrimento como variável deletéria na elaboração do luto, pois acreditamos que, ao lançarmos luz sobre o funcionamento psíquico do indivíduo, incorremos no risco de ignorar os efeitos da cultura sobre o assunto. Não obstante, consideramos imprescindível uma descrição do psiquismo da mulher que acaba por desvelar-se na situação de perda do bebê. Antecipamos o entendimento deste luto como algo insólito, uma vez que suas características apresentam aspectos incomuns que o tornam incompreensível e irreconhecível pelo entorno. Há algo da perda deste objeto que não se oferece à percepção, ou melhor, parafraseando Freud (1976), não vislumbramos o que foi perdido no objeto e com o objeto. Observamos que as reações das pessoas à notícia da perda de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes. Estas mães por vezes ouvem: *‘Calma. Você é jovem e poderá ter outros filhos’*; *‘Volte para casa e desmanche o quartinho’*; *‘Foi melhor assim...’*

Esta verdadeira negação do sofrimento dos pais funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação. O traumático é entendido aqui como algo da ordem de uma experiência, cuja dimensão requer intenso trabalho psíquico e que não

encontra condições de ser operada. No caso da mãe enlutada, apontamos a falta de compreensão da sua dor como uma das variáveis deletérias para sua consecução.

Evitamos neste trabalho as inúmeras situações aonde o luto encontra obstáculos decorrentes do próprio psiquismo da mãe, dificuldades anteriores à perda do bebê, para podermos delimitar o tema escolhido. Consideramos, entre as condições sociais oferecidas, os rituais que um determinado grupo observa diante da perda de um ente querido: o tratamento dado ao corpo falecido, procedimentos religiosos, expectativas de recuperação num lapso de tempo. Qualquer um é capaz de perceber que a cena de sepultamento não se baseia na realidade da existência de uma pessoa. Melhor dizendo, ninguém se espanta nem considera patológico o hábito de depositar flores sobre o túmulo de uma pessoa querida. Ao mesmo tempo, sabe-se que, a bem da realidade, a pessoa que se homenageia neste ato não está lá. O ritual com o cadáver; sua limpeza, vestimenta, velório, cremação, tudo é absolutamente anacrônico quando considerado de forma objetiva. Nem por isso, prescindimos deste prolongamento da existência do outro como forma de elaborar sua perda. No luto perinatal, nem sempre é escutado o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são realizados, não deixam de criar certo constrangimento. Estas diferenças no tratamento destes casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o *status* de morte de filho. Não nos cabe avaliar os procedimentos recomendáveis em cada ocasião mas, sim ressaltar que o que convém ao entorno e o que é desejável pelos pais nem sempre coincide e que só uma escuta sensível poderá revelar estas diferenças. Vejamos o que se passa no referente à mãe e perceberemos que se trata de uma verdadeira ‘confusão de língua’ entre mães de bebês natimortos e pessoas que não tenham passado pelo mesmo evento, ou que, havendo passado, param de reconhecê-lo como tal. Se, por um

lado, há uma tentativa social de negar a perda, por outro lado, o psiquismo na gestação apresenta peculiaridades que não costumam - nem deveriam - aparecer fora dela. Entre elas está a possibilidade de alucinar um bebê pronto, acabado, inteiro onde só há conceito.

DO QUE É FEITO UM BEBÊ?

A chegada de um bebê, que possa se constituir como bebê humano pressupõe sua espera. É na antecipação de sua chegada, tecida a partir de identificações e fantasias, que algo da ordem da ambiência psíquica pode ser construído para recebê-lo. Bleichmar (1994) fala-nos de um compartilhar do psiquismo da mãe que dá empréstimo narcísico ao filhote humano, recuperando um termo em desuso, o ‘ego auxiliar materno’:

[...] nos inícios da vida este ego que produz inibições e propicia ligações do decurso excitatório não está no incipiente sujeito senão que no semelhante humano, e apenas desde esta perspectiva é que se pode falar, retomando uma expressão que caiu bastante em descrédito nos últimos anos –e com acerto-, de um “ego auxiliar materno”, que não provê apenas os recursos para a vida senão que inscreve, de início, estes recursos em sua potencialidade de “pulsão de vida”, quer dizer, de ordenamento ligador que propicia uma articulação da tendência regulada à descarga. (BLEICHMAR, 1994, p. 31-32)

Este espaço psíquico, que tem seu correlato no real com a construção de um espaço físico – quarto, enxoval, transformações corporais -, vai sendo tecido desde as primeiras identificações da menina com seus pais, nas suas brincadeiras de boneca, em seus sonhos adolescentes. Vemos, muitas vezes, na clínica com mães de bebês, a ansiedade que recai sobre a construção do quarto e do enxoval do bebê e todas as ‘crises’ decorrentes da incompatibilidade entre o real e o idealizado.

Quando Winnicott nos fala da preocupação materna primária, não deixa de apontar o quanto de patológico haveria neste estado fora do contexto do ciclo gravídico-puerperal:

“Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma **doença**, e recupera-se dele” (WINNICOTT, 2000, p. 401, grifo nosso). Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre este risco.

Algo da discriminação entre o real e o imaginário torna-se tênue. O objeto vai sendo investido libidinalmente a partir deste lugar de projeções e identificações. O narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, ir fazendo o luto da fantasia. Sem esta construção de um ‘berço psíquico’ feito pelo adulto que cuidará dele, o bebê viveria a catastrófica experiência de queda da construção psíquica, deslizando da ordem do humano, ficando aquém da possibilidade de constituição de um Eu, vivendo o puro real do corpo. Por outro lado, quando o bebê se mostra impossibilitado de preencher minimamente estas densas expectativas (malformações graves, falecimentos), quando não há depositário do investimento materno, quando o objeto não pode receber esta catexia libidinal, como fica o psiquismo desta mulher? Partimos do pressuposto de que há uma mãe desejante em toda gestação, mesmo que impere a ambivalência. Não está dado à observação fácil a quais desejos a gravidez vem corresponder, mas é facilmente identificável a existência de um complexo de expectativas, medos e anseios que rodeiam o estado gravídico.

O LUTO EM FREUD

Freud (1976, p.277-8) nos aponta que “o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento”. Para que o luto seja realizado, ele indica algumas condições que o psiquismo vai concretizando com a ajuda do tempo. Entre elas, superinvestimento e posterior

desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito, a elaboração da ambivalência. Vejamos como estas situações se aplicam ao luto perinatal. Para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precisa preceder a chegada do bebê e é deste material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade, a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê em casos de má-formação grave. A mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perdeu. Quando os rituais são realizados - em caso de óbito pós-termo, por exemplo -, ainda assim, os pais costumam ouvir declarações de que seus bebês são substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho do luto, como as acima citadas. “A perda do bebê, enquanto objeto investido, aponta para o risco de um quadro de luto patológico ou de depressão branca” (GREEN, 1988, p. 244), incompreensível para aqueles que se atêm ao tempo de convívio entre pais e bebê. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração deste tipo de luto tendam a ser desconsideradas.

Estudos mostram a melhoria do sofrimento dos pais quando estes são incentivados a lidar com o bebê real, incluindo-se casos de má-formação grave³. Estes procedimentos, *quando em conformidade com o desejo dos pais*, favorecem o teste de realidade que permite descatexizar o objeto subjetivamente investido. A questão do tempo tende a ser subestimada, e alguns pais têm o ímpeto e são incentivados a terem logo outro filho numa

³Em recente estudo sobre aborto legal em casos de inviabilidade de sobrevivência demonstrou-se que a escolha entre interromper ou continuar a gestação é fortemente influenciada pela precocidade do diagnóstico. Depois que são sentidos os movimentos fetais e algo da formação de vínculo passa a se estabelecer, a opção pela continuidade é significativamente maior. (SETUBAL et al., 2005).

tentativa de preenchimento do vazio angustiante. A clínica psicanalítica é repleta de alusões a casos de tratamento de crianças que foram ‘colocadas’ no lugar de um falecido irmãozinho com grande prejuízo psíquico delas. As más-formações reavivam os fantasmas das deformações e monstruosidades que povoam o psiquismo dos pais durante toda a gestação, trazendo a cena temida para a realidade. Assim também a morte de uma criança aciona fantasias relativas à perda do ‘bebê maravilhoso’ que já fomos um dia para nossos pais e das quais temos que prescindir para nos tornarmos pais, maravilhando-nos com o filho que ocupa agora um lugar outrora nosso. Como nos aponta Leclaire:

A criança maravilhosa é, primeiramente, a nostalgia do olhar materno que fez dela um extremo de esplendor, semelhante ao menino Jesus em majestade, luz, jóia cintilante de poder absoluto; mas é também, e ao mesmo tempo, a criança abandonada, perdida numa total solidão moral, só, diante do terror e da morte. Pela extraordinária presença da criança de carne e osso, impõe-se mais forte do que seus gritos ou seu riso, a imagem resplandecente do menino-rei à que corresponde a dor da Pietà. (LECLAIRE, 1977, p. 10).

A morte do bebê reaviva fantasias da morte do ‘bebê maravilhoso’ com o qual temos que lidar incessantemente numa permanente relação de destruição e ressurgimento. O senso comum tende a atribuir a vinculação da mãe ao bebê como algo decorrente do tempo cronológico, de certa forma, isto é verdade, pois é claro que o convívio configura e estreita laços afetivos. O que se costuma desconsiderar é que a formação de vínculo se assenta sobre as entranhas do psiquismo materno desde sua formação e deve a identificação com objeto sua potencialidade. Portanto, quando a mãe se encontra privada de seu objeto, previamente investido, mais do que nunca devemos respeitar e propiciar as condições para a elaboração do luto normal.

DESMENTIDO E TRAUMA

O potencial patológico do óbito perinatal atualiza-se diante do tratamento dado a estas mulheres. O trauma se configura na relação com a recusa. O desmentido da experiência subjetiva revela-se como reiteração do evento traumático, confiando-lhe um lugar de representação dissociada no psiquismo. Segundo Uchitel:

A memória do acontecimento (nem sempre faltante) não é o traumático, ele não é mais, como Ferenczi afirma, do que a prova real do acontecido. O que resulta traumático é a experiência que põe em dúvida o sistema – até então confiável – de relações, representações e valores, que ataca o *self* e suas construções, pelo qual nem o si mesmo nem os outros serão mais os mesmos [...]. A descrença, o desmentido, agride o processo de simbolização, coloca em dúvida o sentido de realidade, a sustentação do ego, a percepção e a organização psíquica. O trauma acontece quando não é permitido sentir e saber, quando se impõe outra percepção que tenta negar a existência da própria. (UCHITEL, 2001, p.117).

Segundo Ferenczi (1992, p. 109) “o período que antecede a ‘comoção psíquica’ é de autoconfiança e de suposição de se estar seguro”. Encontramos esta sensação precisamente na gravidez, que é vivida por grande parte das mulheres como momento de plenitude e poder. Se por um lado, a mulher se sente frágil e ansiosa, por outro, tende a idealizar sua condição atribuindo-lhe o caráter de ‘benção’. Esta fantasia onipotente cria um solo potencialmente propício para o efeito traumático, quando as coisas não saem dentro do esperado.

O luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. A morte de filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida - morte dos pais, dos mais velhos - deixando os pais sem referências temporais. Algo de urgência busca preencher este lapso cronológico. O tempo

que a experiência traumática exige para ser elaborada passa a ser subtraído numa tentativa desesperada de negar a especificidade do objeto. Coloca-se outro bebê no lugar do que foi perdido, ou seja, do mesmo. Operação de risco, uma vez que a face mortífera do bebê maravilhoso já foi vislumbrada, sem que o bebê de ‘carne e osso’ pudesse ter dado suporte para a perda narcísica. Não há como compartilhar deste luto no senso comum da modernidade, ficando a mãe duplamente desamparada: pelo bebê e pelos adultos.

Em casos de anencefalia, vemos a parturiente falando da necessidade de reconhecimento da perda de um ente querido, enquanto que a sua volta não se compreende e não se age com sensibilidade ao seu sofrimento, posto que há conceito, mas não há de fato bebê. Há algo do mais profundo desamparo nesta vivência. Não há como inscrever esta perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. Green (1988) aponta-nos os efeitos funestos de um luto não elaborado na impossibilidade de a mãe deprimida vir a cuidar do restante da prole. Entre os fatores que seriam desencadeantes da depressão materna e que acarretariam danos consideráveis ao psiquismo dos filhos teríamos, segundo o autor que:

Penso ser importante sublinhar que o caso mais grave é da morte de um filho com pouco tempo de vida, o que foi compreendido por todos os autores. Insistirei muito particularmente na causa cuja ocultação é total porque faltam os sinais para que a criança possa reconhecê-la, e cujo conhecimento retrospectivo nunca é possível pois repousa num segredo: o aborto da mãe, que deve ser reconstruído pela análise a partir dos mínimos indícios. (GREEN, 1988, p.247).

Coerentemente com isso, vemos que um dos tratamentos eficazes para evitar-se um luto patológico tem sido, em muitos casos, o grupo de pais. Pelos motivos acima descritos, compartilhar a dor com outros pais enlutados tem sido uma forma de encontrar escuta do vivido e construir representações que dêem conta da perda.

Nasio (1997), num tocante relato sobre uma paciente que havia perdido um filho recém-nascido por morte súbita de causa não esclarecida, depois de um longo tratamento contra esterilidade, descreve o momento do reconhecimento, na exposição do analista, sobre o lugar do bebê falecido como condição para elaboração da perda:

Eu estava muito concentrado na escuta e, no momento de intervir, pronunciei estas palavras, quase mecanicamente: '[...] porque, se nascer um segundo filho, quero dizer um irmão ou irmã de Laurent'[...]. Antes que eu pudesse terminar a frase, a paciente me interrompeu e exclamou surpreendida: 'É a primeira vez que ouço dizer o irmão ou irmã de Laurent! Tenho a impressão de que um enorme peso foi tirado de mim'. [...] Assim, para Clémence, o futuro filho que talvez nasça nunca tomará o lugar do seu irmão mais velho, hoje falecido. Ele terá o seu próprio lugar, o lugar que o seu desejo, o desejo dos seus pais e o seu destino lhe reservam. E, simultaneamente, Laurent continuará sendo, para sempre, o insubstituível primeiro filho.(NASIO, 1997, p.13-14).

Evitamos discriminar as diferentes circunstâncias inseridas no óbito perinatal - pré-termo, pós-termo, conceptos anômalos, bebês com más-formações - pois acreditamos que o *status* de filho só pode ser atribuído a partir da subjetividade da mãe, que, devido ao estado psíquico peculiar do pós-parto, deverá ser atentamente ouvida. Dentro desta perspectiva, uma mãe pode ter uma recuperação 'espantosa' diante da morte de um filho esperado, enquanto que outra se desorganiza psiquicamente diante da perda de um bebê de poucos meses de gestação. Algumas gestações não chegam a adquirir investimento psíquico suficiente para que um outro seja reconhecido na perda, e constatamos mais alívio do que dor, quando são interrompidas. Nem todas as mulheres lidam com esta situação de forma igual. Consideramos, por outro lado, aviltante que uma mulher capaz de reconhecer que não há viabilidade orgânica em sua gestação, seja obrigada a conviver com uma gravidez e um

parto por uma imposição legal e arbitrária⁴. Não nos cabe recomendar procedimentos ritualísticos adequados, se desejáveis ou não, pois estes só poderiam sê-lo partindo da perspectiva do psiquismo dos pais e das possibilidades oferecidas pelo entorno. Para que os pais possam expressar seu desejo há que se evitar constrangimentos e interpelações precipitadas. O tempo sim, é condição que não pode ser desprezada, pois o psiquismo não acompanha a velocidade exigida pela modernidade. No respeito ao desenrolar progressivo do luto, pode-se realizar uma escuta sensível e o que vem ajudar os pais a nomearem sua dor, evitando maior sofrimento para si mesmos e para gerações posteriores.

Referências Bibliográficas:

BLEICHMAR, S. *A fundação do inconsciente: destinos de pulsão, destinos de sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XIV, p.277-8.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e a da paixão. In: _____. *Psicanálise IV: obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 97-106.

_____. Reflexões sobre o trauma. In: _____. *Psicanálise IV: obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 109-112.

GREEN, A. A mãe morta. In: _____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988, p. 239-237.

⁴ Referimo-nos à ilegalidade do aborto no Brasil - em situações de más formações que inviabilizam a vida - e o prejuízo psíquico dos pais submetidos a este tipo de imposição.

IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto. *Revista Percurso*. São Paulo, n. 34, p. 77-84, 1 semestre de 2005.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In: _____. *Pais – Bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 276-307.

LECLAIRE, S. *Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MERCER, V. R. Volte para casa e desmanche o quartinho. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, C.M.F. (Orgs.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 205-218

NASIO, J. D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

SETUBAL, M.S.V. et al. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. Campinas: Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, 2005.

UCHITEL, M. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

WINNICOTT, D. A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.