

---

# Um não cedo demais. Investigações teóricas a respeito da psicossomática e da melancolia de um caso clínico

Maria Cristina Zandoná Portela

*O artigo vai abordar, a partir do estudo de um caso clínico, questões relativas à melancolia e à psicossomática. Com relação a esta última, a premissa é de que os fenômenos psicossomáticos podem ser entendidos enquanto efeito do inconsciente sobre o próprio corpo e são inseridos no campo da linguagem. Na ótica lacaniana são vistos enquanto manifestações no simbólico – defeito de filiação simbólica. Importante também neste enfoque é a questão dos significantes com relação à origem dos fenômenos psicossomáticos. Significantes que muitas vezes foram impostos ao sujeito e que não encontram articulação no registro simbólico, sendo o corpo a única possibilidade de inscrição do inconsciente.*

*Com relação à melancolia, além da reação frente a perda do objeto amado, será abordado também aquilo que ficou do objeto, ou seja, aquilo que o sujeito carrega dentro de si como um corpo estranho e que muitas vezes se confunde com si mesmo.*

## **1. Introdução**

Este artigo pretende abordar um caso clínico catalogado pelo CID – 10 enquanto pertencente aos “transtornos mentais orgânicos”, mais especificamente como Lupus eritematose sistêmico.

A dificuldade e a complexidade do caso levaram-me a tratar o presente trabalho mais como um “exercício” à respeito do próprio caso do que um estudo teórico mais aprofundado.

A paciente em questão vem ao ambulatório com as seguintes queixas: sente-se desesperada, sem saber o que fazer; forte sentimento de ter sido abandonada; confusa. Além disso, diz não conseguir fazer nada, sem ânimo, só quer ficar deitada no seu quarto escuro, refere-se a um vazio intenso e pensa freqüentemente em morrer.

Muitos de seus sintomas, entre eles a confusão e alguns episódios psicóticos, como visões e delírios, podem ser pensados em função de sua atividade lúpica. Sabe-se que os corticóides usados no controle ao lupus podem produzir certos quadros de psicose. Além disso, não se descartam as possibilidades de que estes sintomas psicóticos façam parte de uma estrutura mais primitiva, como foi muitas vezes percebido na paciente.

Tentarei fazer uso de alguns fundamentos da psicossomática para melhor averiguar o surgimento do lupus no contexto de sua vida psíquica. O princípio norteador é de que os fenômenos psicossomáticos

podem ser entendidos enquanto efeito do inconsciente sobre o próprio corpo. E neste percurso pela psicossomática, pude me deparar com alguns traços melancólicos da paciente que podem estar em relação com o aparecimento de sua doença. Levei em consideração sua baixa auto-estima, a queixa constante de ter sido “abandonada”, o comparar-se a um “lixo”, achar que é um “caso perdido” e também referir-se a um “vazio enorme” no qual sente-se mergulhada.

Na primeira parte do trabalho, apresentarei o caso clínico e o início do atendimento psicoterapêutico. Na segunda parte, tentarei iluminar o caso através de um enfoque da psicossomática, abordando o surgimento do lupus e os significantes aí envolvidos. Recorro também a alguns conceitos do estudo da melancolia que permitem uma aproximação da doença ao funcionamento psíquico da paciente.

Gostaria também de salientar a dificuldade em concluir o trabalho já que continuo atendendo a paciente e novos aspectos vão surgindo ao longo das sessões. Além disso, o fato de a estar atendendo, de um lado pode enriquecer o trabalho e a reflexão, de outro, pode dificultar um distanciamento maior esperado para um estudo mais aprofundado.

### **Primeira parte**

Apresentaremos aqui um caso clínico atendido no ambulatório de psiquiatria. A paciente, aqui chamada por ML, é portadora de lupus, doença grave que envolve todo o sistema imunológico causando uma deficiência do mesmo, ou seja, não mais adaptado para proteger o organismo, o sistema imunológico passa a atacar o mesmo. A paciente havia sido internada várias vezes com complicações cardiovasculares e reumatológicas, foi então encaminhada para ter um acompanhamento psiquiátrico devido à forte ideação suicida e sintomas depressivos. Depois de 2 anos de acompanhamento psiquiátrico foi encaminhada para a psicoterapia, prosseguindo então com os dois acompanhamentos.

ML tem no início do tratamento 25 anos, é mãe solteira de uma menina de 2 anos e meio e mora com uma irmã. Sua família mora na região central do Brasil, onde nasceu e viveu até os 17 anos. Veio com esta idade para o interior de São Paulo para trabalhar, onde permanece até hoje. ML é a primeira filha de uma prole de 5 filhos. Temos poucos dados a respeito de sua família, sua mãe trabalhava o dia todo e a deixava com a responsabilidade de cuidar da casa, preparar a comida e cuidar dos irmãos. ML lembra-se que com a idade de 8 anos tinha que subir num banquinho para alcançar o fogão e preparar o feijão. Conta que apanhava muito, pois entre o período que chegava da escola e que ela começava a cozinhar, sua mãe retornava do trabalho e o feijão ainda não estava cozido. Apanhava também quando saía com as irmãs para brincar com amigas,

fato que incomodava muito sua mãe. Esta pedia à vizinha que vigiasse para que os filhos não saíssem de casa. A paciente narra também o quanto era penoso presenciar as brigas entre os pais. Segundo ela, o pai era muito calmo, mas a mãe provocava os desentendimentos. Em uma dessas brigas, a paciente muito assustada fugiu de casa, correndo para buscar ajuda, e a polícia acabou levando sua mãe por algumas horas. Mesmo com esses relatos dolorosos, o fato que mais parece tê-lo marcado era a ausência da mãe. Seu sonho era que a mãe, pelo menos algumas vezes, a acompanhasse à escola e que participasse das reuniões como as mães de seus colegas.

Durante a infância relata ter tido problemas para falar. Tinha dificuldade para articular as palavras e na escola todos riam dela, dificuldade essa que foi desaparecendo na adolescência, mas que a perturbou muito. Em função da vergonha que sentia de não saber falar direito foi se afastando do convívio social, ficando muito sozinha e isolada.

A partir dos 17 anos, quando deixou a família e mudou de cidade, começou a se soltar mais, fazendo amigos, saindo para passear com eles e começou a trabalhar. Diz ter sido uma época muita boa, onde gostava muito de ir em discotecas e lanchonetes. Conheceu um rapaz, R., com o qual estabeleceu um vínculo muito forte de amizade, considerava-o como “alguém da família”, com o qual sentia-se à vontade para se abrir, falar de seus problemas e sentir-se em confiança. Mais tarde, conhece um rapaz de uma forma bastante inusitada. Este se encontrava caído no chão, devido ao excesso de álcool e drogas, quando a paciente se comoveu com sua situação e resolveu cuidar dele. Mantiveram um namoro de 5 anos onde ML estava imbuída do propósito de “salvá-lo do vício”. Dedicou-se muito a este namorado, abandonando inclusive seus estudos para poder ter mais tempo de estar com ele. Ao término desses 5 anos, a paciente engravida deste que havia sido seu primeiro e único namorado. Na mesma época, descobre que tinha lupus e o namorado não aceita a gravidez, alegando que ela, doente, não teria condições de cuidar de uma criança. A paciente não quer abortar e o namorado diz, então, que ela escolhesse entre o bebê e ele...

ML tem a criança e passa uma gravidez tumultuada, com sérias complicações físicas devido à doença. É internada várias vezes e sente-se abandonada pelo ex-namorado que não reconheceu a criança como sua filha. É importante salientar que antes da ruptura com o pai de sua filha, ML havia perdido seu amigo R., do qual gostava muito, num acidente de carro. A morte deste causou-lhe grande impacto, sendo que a data deste episódio coincide com seu primeiro surto psicótico. Ao receber a notícia, a paciente diz ter saído “fora de si”, sem saber mais quem era e onde estava. Lembra-se mais tarde de tentar tirar o corpo de R. do caixão com a certeza de que, se o colocasse de pé, ele voltaria a viver. Lembra-se também da raiva e do ódio que sentiu pelas pessoas

que estavam tentando contê-la. A partir de então passa a ter visões do amigo morto, onde conversa com ele e tem a sensação de que ele está vivo. Além dessas visões, a paciente escutava vozes que chamavam pelo seu nome e que lhe repetiam incessantemente que era “um caso perdido”.

Desde que ML engravidou e teve o diagnóstico de sua doença, passou a se isolar novamente, permanecendo grande parte do tempo fechada em seu quarto sem vontade de fazer nada. Não retomou o trabalho e nem os amigos, não encontra “forças” para cuidar da filha, deixando para sua irmã essas incumbências. Quase não se alimenta, sendo necessário que seja obrigada a comer. Tem resistência a tomar a medicação prescrita tanto para o controle do lupus quanto para o controle psiquiátrico. Pensa frequentemente em morrer, alegando um “vazio” intenso.

### *Início do atendimento psicoterapêutico*

ML chegou dizendo que havia sido “abandonada” pelo ex-namorado e pai de sua filha. Esta sensação de abandono apareceu sempre ao longo da análise, onde meses mais tarde começa a relacionar com os sentimentos ligados à mãe. Sentia-se um “estorvo” na vida desta, onde junto com os outros irmãos apanhava muito e escutava frequentemente a mãe pedir ao pai que partisse e levasse as crianças, pois, caso contrário, se alguma criança ficasse para ela cuidar, ela a mataria.

Na primeira entrevista, ML vem com a filha no colo que dorme, acordando justamente quando sua mãe começa a relatar sua gravidez. A entrevista é curta em função da presença da criança. Ela diz apenas o quão desesperada se sente, com muito medo e sem saber o que fazer.

No terceiro encontro, ela vem sozinha, mas com a fraldinha da filha, com a qual enxuga as lágrimas e a manipula ao longo de toda a entrevista. Passa várias sessões vindo com a fraldinha que tira da bolsa desde que entra na sala de atendimento. Dessa forma, ML parecia estar mostrando o quão frágil e dependente estava se sentindo no início da análise, onde parecia identificar-se com o aspecto desamparado de seu bebê. Com a transferência se instalando, ML passa a utilizar os lenços da própria sala e num terceiro momento passa a utilizar os seus próprios.

Nas primeiras sessões, dizia sentir tonturas e dor de cabeça – “uma confusão”. Muitas vezes, diz ela, “eu não sabia onde estava, quem eu era, nem o nome da minha filha. Um dia, cheguei aqui na Unicamp e não reconheci o hospital. Desci no ponto final e não sabia para onde ir. Começou quando eu fiquei sabendo que o R. (seu melhor amigo) tinha morrido.”

ML passa a relacionar o início de seus problemas há 4 anos, justamente no momento em que perde este amigo. “Ele era tudo para mim, fazia tudo por

mim, era como se fosse alguém da família. Eu o perdi num acidente de carro. Depois teve o pai da minha filha, pensei que ele fosse ser bom para mim, dizia que me amava muito e aconteceu tudo aquilo...”.

Sua concepção de amizade e amor, tanto no caso do amigo quanto no do ex-namorado é baseada numa forte necessidade de cuidados, alguém que se ocupasse dela, muito semelhante à relação inicial mãe-bebê. A morte do amigo foi vivenciada como algo da natureza de um corte, uma separação irreparável, a ponto de provocar uma dissociação: “Eu não lembrava mais de nada, não sabia mais quem eu era, fiquei fora de mim...” e, mais adiante: “Eu achava que se tirasse ele do caixão e o colocasse em pé ele viveria de novo...”. “Ele era maravilhoso, me entendia, me dizia o que eu devia fazer, quando ele morreu eu fiquei totalmente perdida”.

Pareceu-me, então, frente a dor e o sofrimento causados pela morte do amigo e pelo abandono do ex-namorado, uma forte reação frente a perda do objeto amado, de natureza idealizada. Na verdade, a queixa inicial de abandono parecia dizer mais de um outro “abandono”, ou de uma perda inicial, representada pela figura materna.

ML conta de uma médica do hospital de quem ela gostava muito – “ela se preocupava comigo, cuidava de mim, fazia tudo que podia por mim; às vezes eu vinha sem marcar consulta e ela me atendia assim mesmo... depois ela saiu daqui, perdi o contato, mudou o telefone que ela tinha me dado e fiquei tão triste, foi um golpe, eu tinha me agarrado muito nela”.

ML parecia buscar alguém que “cuidasse” dela, alguém em quem pudesse se “agarrar”. Muitas vezes sentia que seu lugar como analista oscilava de acordo com a alternância de seus estados, momentos onde trabalhávamos seus conflitos neuróticos e outros em que precisava sair do meu lugar de escuta e lançar palavras, tentando trazer um pouco de simbólico. Eram momentos de grande dor psíquica, onde escutava vozes que lhe diziam que era um caso perdido, que não adiantava tentar e que tentavam falar mais alto que a analista. ML tampava os ouvidos, cobria o rosto e, quando conseguia falar, muitas vezes pedia ajuda. Tentava, então, lembrar-lhe do que falávamos, o quanto tocar nas suas feridas a ameaçava. Muitas vezes me surpreendia em notar que numa sessão posterior ela retornava “inteira”, sem nenhum vestígio das vozes e visões que a haviam assolado. Eram momentos onde, de alguma forma, íamos “costurando” essas lacunas, esses pedaços de vida desarticulados de um todo.

Nestes momentos iniciais da análise, ML dizia que estava com medo de se “apegar e sofrer de novo”. Comentava que estava deixando que eu entrasse “no meu mundinho só meu e da minha filha” e acrescentava: “não sei por quê, mas deixar que alguém entre no meu mundinho me assusta, me dá medo”. Percebo que os primeiros sinais de transferência estão surgindo e lhe proponho que venha

duas vezes por semana. Ela concorda e conta que passa o dia todo trancada num quarto escuro com a filha, num estado especial entre o sono e a vigília: “Fico com dó da minha filha. Ontem nem consegui levantar da cama para fazer comida para ela, fico meio dormindo, meio acordada, até achei que já tinha dado de comer para ela, mas acho que sonhei. À noite, ela foi contar para minha irmã que não tinha comido o dia todo”.

Este estado confusional muitas vezes se repetia, como já foi citado. ML se esquecia de quem era, de onde estava, chegando a vivenciar esses estados na própria análise. Não se lembrava de mim, não reconhecia a sala de atendimento, dizendo apenas que sentia um “vazio”.

A morte de seu amigo R. era também um tema que a fazia mergulhar nesta indiscriminação. Ora dava-se conta da realidade do acontecimento, lastimando a sua perda, ora perguntava-se se ele havia mesmo morrido. Esta última tendência era a mais freqüente: “Sabe, às vezes eu o vejo tão real, tão de verdade como eu estou vendo você agora”. Ou: “Ontem, ele apareceu, foi tão bom! Fiquei conversando com ele a manhã toda. Estava deitada no chão quando ele apareceu e me disse para eu levantar e arrumar a casa, pois faz muito tempo que eu não faço uma comida, não limpo nada e nesse dia ele falou para eu fazer tudo isso. Eu disse para ele que não tinha forças e ele disse que eu tinha sim. Levantei e arrumei tudo, depois ele começou a falar que ia embora e eu pedi que ele ficasse mais um pouco, depois eu deixei ele ir. Foi tão bom, mas será que ele estava lá mesmo? Minha filha me perguntava: Mãe, com quem você está falando? Então ela não via que ele estava lá? Será então que só eu via? Ah, nem sei direito se era ele ou não...”.

Quando ML podia falar com mais aceitação da morte de R., comentava: “Eu sei que ele já morreu, fui no enterro, vi o corpo morto, mas é tão difícil aceitar, ele era tudo para mim!”.

Outro aspecto importante da análise de ML é a ambivalência que sente com relação à filha. Embora repita sempre que a menina é tudo para ela, e que se mantém viva graças à ela, sua quase incapacidade de cuidar da criança atesta seus sentimentos contraditórios. Diz que não encontra “forças” para alimentar e nem se ocupar de seus cuidados básicos.

Além destas questões, o fato de ser mãe lhe remetia à relação com sua própria mãe. Como foi verificado através do material de análise, ML tinha a lembrança de uma mãe ausente, pouco participativa, com visível descompensação psíquica, chegando a tentar o suicídio algumas vezes. Se nos reportarmos ao conceito winnicottiano de “mãe suficientemente boa”, ou seja, uma mãe em condições de dar continência a seu bebê, permitindo a este um suprimento razoável de suas necessidades tanto físicas quanto emocionais, teremos alguns indícios de que no caso de ML essa mãe suficientemente boa não tenha sido vivenciada

de forma satisfatória. Aquela sensação, mesmo que ilusória que o bebê experimenta de plenitude, de ser amparado e de ser “tudo” (“Vossa majestade o bebê”) para sua mãe parece não ter sido vivenciada integralmente pela paciente. O desamparo, a solidão e a idealização que faz do outro mostra o quanto essas relações iniciais com o mundo podem ter sido comprometidas e talvez não simbolizadas. Ou ML se isola de todos, trancando-se no seu quarto, ou quando se abre para o outro o sobrecarrega de uma continência desmesurada, exemplo marcante de seu amigo R. que “era tudo” para a paciente; ou a médica do hospital que a fez se sentir desamparada com sua saída. ML costuma utilizar termos como “se agarrar e se apegar às pessoas”, indicando uma necessidade quase fusional com o outro.

Na sua relação com a filha, onde há uma demanda para que seja mãe e que responda deste lugar, observamos o impasse em que ML se encontra. Embora desejando cuidar da filha e ocupar este lugar de mãe, sua história enquanto filha que não experienciou uma mãe suficientemente boa a impede que agora possa sê-lo.

Após estas sessões onde as questões concernentes à separação, perda e abandono foram suscitadas ML começa a ter sintomas psicóticos. Escuta vozes que lhe dizem que é um caso perdido e que não adianta tentar. Tem visões com anjos que chamam pelo seu nome com claros sinais de ideação suicida. Na sessão não me reconhece mais, não sabe onde está.

Percebi que minha atuação deveria ser diferente da de até então. Frente ao caos em que se encontrava, minha tendência foi tentar jogar algumas “bóias” para que pudesse se situar um pouco frente ao mergulho feito na indiscriminação, em meio a seus sintomas psicóticos. Tentei então recapitular o nosso trabalho analítico:

Você tem vindo aqui todas as semanas, nos encontramos nessa sala para conversar. Você já veio aqui várias vezes, a semana passada me contou que perdeu um amigo de que gostava muito num acidente de carro, tem tido pesadelos com sangue, acidente. Estamos tentando trabalhar com tudo isso que te faz sofrer.

Nessa sessão fiquei com muito receio que partisse sozinha para casa e lhe propus que ficasse um pouco na recepção; mais tarde conversáramos e se ela se sentisse melhor poderia ir embora. Ela disse, então, que já estava se sentindo melhor e que ia embora. Confesso que fiquei surpresa com esta rápida reorganização de ML onde minutos antes nem sabia onde estava. Parece que a minha tentativa de reconstruir nosso trabalho na análise permitiu-lhe dar um certo contorno a este vazio que experimentava, possibilitando depois que emergisse de seu estado confusional.



Na sessão seguinte, chega me perguntando se tinha vindo na sessão anterior. Conta que só se lembra de ter saído de um cemitério, onde o vigia lhe solicitou que saísse, pois já iria fechar. “Sabe, eu nem contei isso para a minha irmã, senão ela poderia pensar que estou ficando louca. Às vezes, eu tenho umas sensações esquisitas, quando durmo parece que passo para o lado de lá, depois volto. Você acha que estou louca?”.

Pontuei apenas que, nos momentos mais difíceis que atravessava, ela esquecia tudo que a fazia sofrer, não sabia mais quem era, onde estava. Ela, então, me revela algo como se me contasse um segredo: “Às vezes, as pessoas podem não entender que é uma coisa passageira”. Segredo ou não, tomei seu dizer como um tranquilizador, como se me dissesse pelas entrelinhas – não se preocupe, não estou louca, são só algumas fases. Como se ela necessitasse me preservar, para que eu pudesse acolher sua “coisa passageira”.

Esses momentos continuaram aparecendo ao longo da análise, alternando-se com períodos de maior integração. ML era uma “caixinha de surpresas”, nunca sabia de que forma a encontraria. Em alguns momentos, sentia-se muito à vontade para falar sobre suas visões e das vozes que escutava. Certo dia, numa sessão repleta de grandes silêncios, depois de ter passado muito tempo olhando a parede, faz a seguinte pergunta: “Você está vendo alguma coisa na parede?”... “Vejo o R. (suspiro de felicidade, seu rosto se ilumina com um grande sorriso), é tão bom vê-lo, me sinto tão bem!”.

Minha intervenção é no sentido de pontuar-lhe de novo que, nos momentos mais difíceis, onde se sente sozinha (ela tinha relatado naquela sessão que estava se sentindo muito só, falou de um vazio), a visão de seu amigo falecido R. lhe aparece para acalmá-la. Ela comenta que, mesmo gostando das aparições, sabe que está “vivendo na mentira”. Sublinho a frase dita, tentando ressaltar o valor de sua palavra plena de sentido. Ela ainda acrescenta: “Sei que preciso parar de ficar chamando por ele, mas toda vez que ele aparece me sinto tão leve e solta!”. Pontuo dizendo parecer existir dentro dela um espaço capaz de se sentir leve e solta.

Com ar agora mais tristonho diz que só com ele consegue se sentir assim. Seu medo das pessoas e sua dificuldade de nelas confiar a leva a querer se isolar. Percebi que na transferência analítica conseguia romper essa desconfiança: “Com você me sinto bem. Tem vezes que até consigo me sentir leve e solta aqui também”.

Encerro a sessão dizendo-lhe que não é apenas com o R. que pode se sentir bem. Penso que se ela está podendo viver uma sensação de bem-estar e confiança na situação transferencial é um indício de que uma abertura para o outro poderia estar se formando. Talvez ela pudesse perceber que não precisava ficar tão trancada no seu quarto escuro com medo das pessoas.

## Discussão de caso

### Segunda parte

#### 1. O lúpus e a questão da psicossomática

Com relação à psicossomática, Freud não se estendeu muito no assunto, utilizando o termo apenas uma vez numa carta a Vitor von Wetzsaka em 1923. É mais freqüente que discutisse a questão do somático através do que denominava doença orgânica. No seu artigo de 1914, intitulado “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud fala da influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido. Desenvolve a idéia de que haveria uma retirada da libido que é investida nos objetos no caso de ocorrer uma doença orgânica. Mais tarde, em 1923, nas “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise”, Freud cita um caso clínico em que um sofrimento físico substitui uma neurose.

Do ponto de vista da teoria lacaniana, os fenômenos psicossomáticos são vistos como efeito do inconsciente sobre o somático e são inseridos no campo da linguagem. Há uma distinção entre os fenômenos psicossomáticos e a doença orgânica. Os primeiros estão em estreita relação com o significante, passíveis de serem mobilizados, surgirem e desaparecerem em função de datas significativas e acontecimentos específicos. Já a doença orgânica diz respeito a uma lesão orgânica sem relação com o significante. Os fenômenos psicossomáticos na clínica lacaniana são vistos, então, enquanto manifestações especiais no simbólico, ou seja, “solução encontrada para um defeito de filiação simbólica, esses fenômenos se inscrevem como signos bizarros sobre o corpo...”.<sup>1</sup>

Nos fenômenos psicossomáticos, há um “congelamento do significante no corpo do sujeito, um curto-circuito que será responsável pelas manifestações lesionais”.<sup>2</sup> Parece que um significante não consegue se encadear em outro, permanecendo “solto”, sem ligação.

O significante constitui um dado importante na origem destes fenômenos. Significantes que muitas vezes foram impostos ao sujeito e que não encontraram articulação no registro simbólico, sendo o corpo, nas suas manifestações psicossomáticas, a expressão daquilo que não pôde ser inscrito no registro simbólico.

O autor do livro citado, J. Guir, ressalta a importância da terceira e mesmo da quarta geração nos fenômenos psicossomáticos. Propõe que o analista examine cuidadosamente a árvore genealógica do paciente psicossomático a fim de localizar

1. J. Guir. *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992, p. 24.

2. *Idem*, p. 26.

os traços de identificação e, muitas vezes, chegar-se a um “segredo de família”. Ressalta a importância de saber como o sujeito foi nomeado, por quem, quais membros da família possuíam o mesmo nome etc.

Fala de uma “dinâmica” dos fenômenos psicossomáticos que se desdobraria em três tempos:

*1º Tempo:* Ocorre uma separação brutal de um ente querido na infância (pode estar relacionado à experiência de separação no desmame ou outros em que o ato de separação não é simbolizado).

*2º Tempo:* Esta separação se repete mais tarde na vida do sujeito, lembrando ao sujeito esta separação inicial.

*3º Tempo:* Muitas vezes num curto espaço de tempo uma lesão ou fenômeno psicossomático surge.

Segundo Guir, “as localizações anatômicas das lesões remetem, freqüentemente, em um encadeamento mimético ainda não resolvido, ao corpo de um membro da família ou do cônjuge; a zona corporal, remanejada pela lesão, invoca um outro corpo, ... a inscrição psicossomática no corpo do paciente traça, portanto, em definitivo, a história do corpo do outro”<sup>3</sup>. Com isto o autor quer dizer que o sujeito psicossomático reage como se tivesse emprestado um corpo que não é o seu ou uma história que não é a sua.

Prosseguindo ainda no postulado do autor citado, a experiência clínica vem demonstrando que esse corpo de quem o sujeito toma emprestado é justamente daquele de quem foi separado na infância. Esta pessoa muitas vezes pertence à terceira geração do paciente. Seria, então, um “aparentamento quase orgânico do paciente a um outro membro da família, com freqüência um avô ou uma avó”.<sup>4</sup>

Veremos, então, a seguir no caso de ML uma dinâmica e significantes específicos implicados em sua doença.

### O pacto com a avó

Numa das sessões, logo após um internamento devido à recusa da paciente em aceitar a medicação e colocar-se assim em risco de vida (ML dizia que não tomar os remédios era uma forma de se suicidar), temos uma revelação importante. ML conta sobre sua avó paterna já falecida. Relata com dificuldade que queria me contar um acontecimento de sua infância que jamais havia contado a ninguém, com exceção de sua mãe. Conta que certa vez, quando era pequena,

3. Idem, pp. 38-39.

4. Idem, p. 40.

havia visto uma mulher que a acompanhava sem os pés no chão, ou seja, flutuando. ML identificou essa mulher como sua avó paterna. A paciente lembra de ter contado assustada o que havia visto à sua mãe e esta ameaçou bater-lhe caso voltasse a tocar no assunto. ML foi levada algumas vezes a uma “benzedeira” por sua mãe, para que se livrasse de tais aparições.

Continuando o relato, ML diz que a avó continuou aparecendo e que aos poucos foi perdendo o medo e ficando amiga dela: “Eu via ela superbem, como estou te vendo agora e a gente conversava muito, ela me dizia muitas coisas”. Uma dessas coisas era o pacto que a avó teria feito com sua mãe antes mesmo que a paciente nascesse.

A avó teria dito à futura nora (a mãe de ML) que ela se casaria com seu filho e que teria como primeiro filho uma menina. A avó pede que lhe dê essa menina. Esta criança que nasce é ML, que já nasceu concedida à sua avó falecida, mesmo sem ter lhe conhecido, pois a avó havia falecido antes do seu nascimento.

ML lembra dos comentários de seu pai, dizendo que ela era uma “xerox” de sua avó, “tanto no cabelo quanto no jeito de ser”. O pai conta ainda que a avó tinha dores nos ossos e que provavelmente teria tido a mesma doença da paciente, sem conhecer seu diagnóstico, pois ela não ia em médico e se tratava em casa.

ML em sua vida parecia ter aderido a este pacto entre a avó e a mãe, vivendo o corpo do outro (o corpo da avó que padecia de dores nos ossos – um dos sintomas da paciente proveniente do lupus). Sua vontade constante de morrer, sua atração por cemitérios, as “conversas” com a avó e mais tarde com o amigo morto, demonstravam que ML respondia a este apelo da avó que lhe pertencesse, ou seja, pertencer a uma morta, no reino dos mortos.

Muitas vezes, a paciente dizia estar cansada de lutar e querer passar para “o lado de lá”. Estava se referindo a seu desejo de se suicidar e passar definitivamente para este outro lado, o mundo dos mortos.

Na sessão seguinte ML fala que se sente mais protegida neste mundo dos mortos: “Tenho medo dos vivos, tenho medo de que as pessoas façam maldade comigo, me sinto fraca perante elas, dos mortos não tenho medo”. Digo a ela que os mortos teoricamente não podem fazer maldades, mas que a sombra dos mortos, ou seja, os fantasmas, podem perturbar. Ela concorda dizendo que muitas vezes se sente confusa, sem saber quando terá outra aparição ou quando escutará vozes de novo: “Não consigo me controlar, nunca sei quando vai acontecer, vou percebendo que vou ficando meio estranha, não quero falar com ninguém, fico meio cabisbaixa, estranha, mas não posso fazer nada, é mais forte que eu”.

Percebo além desta ilusão em achar que com os mortos estará mais protegida, um gozo indisfarçável de falar com os mortos. Ela relata: “Na hora em que falo com o R. é tão bom, não sei explicar, me sinto tão bem, eu gosto

de falar com ele, ele me faz bem, mas depois me dá uma tristeza que vem lá do fundo. Eu sei que deveria parar com essas histórias de querer ficar falando com gente morta, mas não sei como fazer!”.

Lacan vai distinguir o gozo do prazer, colocando-o numa outra ordem que não é a mesma do prazer ou da satisfação. Vai falar de um gozo automatizado, compulsivo, do qual o sujeito não saberia como escapar. ML diz não saber como fazer para parar de falar com os mortos, está presa a este gozo. “No fundo, eu gosto disso”, declara a paciente, rindo disfarçadamente. Pontua apenas que embora goste de falar com gente morta, isto lhe traz sofrimento.

Com relação ao significante das datas, como foi bastante enfatizado pelo autor citado, é interessante notar que a doença de ML surgiu numa data importante para a paciente. Esta veio a manifestar os primeiros sintomas do lupus quando descobre que está grávida e perde o ex-namorado. A gravidez, que remete a gestante à sua vivência inicial mãe-filha, parece despertar em ML sentimentos dispersos, provavelmente não inscritos no registro simbólico. Estes sentimentos ou afetos difusos encontram na concretude do corpo a única possibilidade de inscrição.

Outro fator relevante é o nome da paciente; quando nasceu, sua mãe decidiu homenagear suas avós colocando o primeiro nome da avó paterna e como segundo nome o da avó materna. Seu nome, então, é um composto dos nomes das avós. Da avó materna, a paciente não fez associações significativas, mas associou a avó paterna à doença do lupus.

Numa sessão recente quando falávamos do assunto, disse a ML que sua mãe tinha feito um pacto com sua avó. Sua mãe tinha consentido em dá-la à avó paterna e perguntei se ela tinha sido consultada a respeito. Será que teria que aderir a este pacto que foi feito sem o seu consentimento? Será que seria condenada a viver um corpo que não é seu? E a viver a vida que foi prometida a uma morta?

Ainda no campo da psicossomática, tivemos mais tarde uma outra manifestação de algo que não parecia encontrar espaço, ou seja, novamente o conflito se inscrevendo no próprio corpo.

A paciente relata muito assustada, e sem poder explicar como, que suspeitava estar grávida. Ela estava muito perturbada, pois não havia mais tido relações sexuais depois do nascimento de sua filha. Diz não se lembrar de ter estado com ninguém e o médico que atende no Pronto Socorro pede exames clínicos, e segundo ela, suspeita também de que esteja grávida.

Pensei inicialmente a que esta “gravidez” poderia estar remetendo. Seria um “fruto” do nosso trabalho analítico? Uma tentativa de guardar dentro dela algo de sua analista? Levantei estas questões em função do momento em que ML suspeita estar grávida. Ela trouxe este relato na última sessão que antecedia as férias de final de ano. Sabia que ficaríamos duas ou três semanas sem nos

encontrar e a fantasia de uma gravidez poderia estar representando, através da transferência, algo da dificuldade de uma separação.

ML retorna das férias com a mesma questão e dessa vez conta-me do resultado dos exames – negativo. O médico havia lhe falado numa “gravidez psicológica” – pseudociese, e ela me pergunta se eu acreditava que isso pudesse acontecer. Mostra-me o ventre inchado e endurecido. Está muito assustada. Nesta mesma sessão, conta-me de um assédio sexual que teria sofrido aos 14 anos. Conta que o “irmão da mãe”, ou seja, seu tio materno, bem mais velho que ela (30 anos), tentou ter relações com ela contra sua vontade. Ela lembra de ter gritado e conseguido escapar. Diz que, desde então, ficou com medo dos homens. Relata também que nunca havia experimentado prazer ou boas sensações no ato sexual, pelo contrário, tinha sempre a sensação de estar sendo “estuprada”. A paciente coloca ainda que quando mantinha relações com o ex-namorado o episódio com o tio lhe vinha à mente e “atrapalhava” seu relacionamento.

Ao final da sessão, percebo a existência de novos conteúdos nesta questão da pseudociese e digo a ela que talvez essa “gravidez psicológica” tivesse aparecido para que pudéssemos começar a falar um pouco sobre sua sexualidade. Também sobre suas lembranças da adolescência que poderiam estar em relação com o medo e o ódio que sentia dos homens em geral.

Achei importante sugerir à paciente que talvez estivesse querendo falar um pouco sobre sua sexualidade, pensando que a fantasia de estar grávida fosse um indicativo deste desejo. Percebi nesta atuação a mesma organização dos fenômenos psicossomáticos de sua doença. No caso do lúpus, poderíamos pensar que os sintomas estejam representando uma atitude autodestrutiva, mas sem possibilidade de simbolização, sendo o corpo a única possibilidade de expressão e inscrição. Recentemente ML vem falando de sentir-se um “lixo” e também de não mais querer se sentir assim. Também expressa-se dessa forma com relação a não querer mais ser um “caso perdido”. Fico me perguntando se a paciente não estaria começando a entrar num campo mais simbólico, já que está podendo expressar-se através da palavra. Talvez seja a possibilidade de que seus conteúdos psíquicos encontrem outra via de manifestação, ou seja, que seu corpo não seja a única possibilidade de inscrição de seu inconsciente. Percebia também que seria um longo caminho a percorrer, já que a presença de seu ventre crescendo testemunhava a dificuldade da paciente poder ocupar um outro lugar. Poder inscrever seu inconsciente num plano simbólico, deixando a concretude do real que ainda se expressa através das manifestações psicossomáticas, como o lúpus e a pseudociese.

Em todo caso, é interessante notar que após esta minha fala de que talvez ML estivesse querendo falar de sua sexualidade através da “gravidez psicológica”, a paciente não voltou mais a falar do ventre que crescia. Contou na sessão seguinte um episódio com seu ex-namorado. Relata que ele a havia procurado

após longo período de afastamento. ML diz que ele estava muito agressivo e a forçava a ter relações com ele, sem o seu desejo e consentimento. Diz ter reagido também com agressividade, batendo-lhe com uma vassoura na cabeça chegando inclusive a feri-lo. Diz: “Dessa vez não fiz o que não queria fazer, não fui para cama com ele só porque ele queria e eu não..., dessa vez não quis mais me sentir um lixo...”.

## *2. Traços narcísicos na melancolia*

Como foi discutido anteriormente, ML relatava sentir-se “um lixo”, “um caso perdido” e relutava em olhar-se no espelho, achando que estava “deformada”. Pode-se notar com clareza como sua auto-estima encontrava-se rebaixada. É interessante lembrar também que na sua infância ML sentia muita vergonha de si mesma, achando que não sabia falar direito. Mais tarde, quando descobre que está com lupus, acha que está feia, inchada e que as pessoas iriam notar. Sente desprezo por si pelo fato de ter se envolvido com seu ex-namorado, uma pessoa “perdida no vício” e que não reconheceu a filha. Com todos estes relatos, quero abordar a atitude de menosprezo da paciente consigo mesma e a provável relação dessa baixa auto-estima com o aparecimento de sua doença – o lupus. Como se sabe, o lupus se caracteriza por uma espécie de auto-agressão ao corpo, de forma grave e comprometedora.

Para tentar iluminar um pouco estas questões, lancei mão da teoria da melancolia nos aspectos que dizem respeito ao narcisismo. A baixa auto-estima da paciente, associadas a uma grande apatia e vontade de morrer podem estar remetendo a questões narcísicas. Iniciarei, então, pelos estudos de Freud com relação à melancolia, onde discutirei de forma rápida a identificação narcísica e a escolha objetal na melancolia.

Uma das ferramentas que permitiu a Freud desenvolver seu trabalho em “Luto e melancolia” foi a questão do narcisismo. Tanto é que na teoria freudiana a melancolia pertence à categoria das “psiconeuroses narcísicas”, constituída em torno de uma falha narcísica significativa. Freud situou o conflito ao nível de ego e superego.

A questão central da melancolia consiste na noção de perda. Além de uma perda de interesse pelo mundo externo, inibição generalizada e rebaixamento da auto-estima, há uma perda em relação a si próprio.

Seria possível situar a falha narcísica ao nível da constituição especular. Essa falha se daria no confronto com um modelo ideal, de uma forma rígida e sem chances de ser correspondido. Para o sujeito melancólico é importante encontrar no outro esses traços de um modelo ideal que possa se identificar. Observamos em ML a maneira como faz referência a seu amigo morto: “Ele era maravilhoso, perfeito, era tudo para mim, estava sempre comigo para cuidar de

mim, dizer o que eu tinha que fazer.” Notamos, assim, a maneira idealizada com que a paciente via R., ou seja, nos moldes de ego ideal citado acima.

De acordo com Lacan, é como se o sujeito melancólico se defrontasse com uma moldura vazia onde no seu interior não há imagem. Restaria, então, se fixar nessa moldura vazia, somente ao ideal de ego, sempre inacessível. É atrás dessa moldura vazia, diz Lacan, atrás do espelho não há nada. A identificação ao nada do melancólico não permite que pertença ao registro especular, culminando muitas vezes no suicídio, ou no querer morrer constante de ML.

Poderíamos pensar também numa identificação narcísica da paciente com o seu ex-namorado, encontrado pela primeira vez caído no chão em virtude de abuso de álcool e drogas. Em termos de escolha objetal, ML teria elegido como companheiro e pai de sua filha alguém que correspondesse à sua ferida narcísica, ou seja, alguém que estivesse “caído no chão” ou que fosse um “lixo”, como seus aspectos feridos e machucados. Alguém que necessitasse de cuidados e reparação como ela. Durante 5 anos a paciente dedicou-se a “salvar” o ex-namorado, numa tentativa inconsciente e projetada de salvar-se a si própria.

O estudo da melancolia remete à questão da constituição egóica, onde se nota a existência de uma cisão do ego, sendo que uma parte toma a outra como objeto, muitas vezes julgando, recriminando e punindo. Neste período de sua obra Freud fala de um “agente crítico”, que mais tarde será definido como superego. Levanta também a questão da autonomia de uma das partes cindidas do ego com relação à outra.

Na verdade, as críticas e auto-recriminação que o sujeito melancólico acredita estar fazendo a si mesmo são queixas dirigidas ao outro. “... são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente”.<sup>5</sup>

ML culpava-se por estar neste estado, não suportava ver sua imagem no espelho, achando que estava “deformada” em virtude da doença. Achava que não era capaz de fazer nada, que não sabia pensar. Como Freud destaca, seu ego encontrava-se cindido, uma parte tornando-se autônoma, julgando e criticando a outra, que é tratada como objeto. Com este movimento a paciente não parecia se dar conta de que a queixa que faz de si é a queixa que faz do outro, alguém “que o melancólico ama, amou ou deveria amar”. Seria possível pensar inicialmente nos dois objetos de amor de ML: seu ex-namorado e seu amigo R. Objetos de amor que estariam remetendo ao amor objetal inicial. Em última instância seria uma queixa à sua mãe, a quem sente como “ausente”, o objeto que “não foi amado”.

5. S. Freud, “Luto e melancolia”. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, p. 280.



Freud em seu artigo fala também de uma “constelação psíquica de revolta”: na relação com o outro, o ego, ao se sentir ofendido e decepcionado retira a libido do objeto e a faz voltar para si, impedindo uma livre circulação e outros possíveis investimentos. Este movimento faz-me associar com a reação infantil de uma criança que, quando se tira seu brinquedo, diz então que se é assim, não brinca mais. No sujeito melancólico, a relação é muito semelhante: se não me amaram como eu queria, agora não quero amar a mais ninguém. Um retorno libidinal à fase auto-erótica onde não se precisa do outro, onde a criança ofendida “brinca” sozinha.

No discurso de ML, muitas vezes percebíamos esta nuance auto-erótica: “Não quero saber de mais ninguém na minha vida, já me fizeram sofrer tanto que prefiro ficar sozinha”. E numa dimensão mais psicótica: “Prefiro falar com gente morta, morto não faz maldade”.

Com relação à questão central da melancolia, vamos encontrar em “Luto e melancolia” uma reflexão à respeito da noção de perda. Como o sujeito melancólico não sabe o que perdeu no objeto, diz Freud, tenta reparar a perda através de uma identificação narcísica, isto é, identifica-se com o próprio objeto perdido.

A identificação constitui uma etapa anterior à escolha objetal. Abraham contribuiu com a teoria freudiana, apontando uma ligação entre a melancolia e a fase oral de desenvolvimento libidinal. Fala numa incorporação de objeto que se faria segundo os moldes canibalistas, através do ato de devorar. Em “Totem e tabu” Freud diz que “no ato de devorá-lo (o pai da horda primeva) realizavam (os filhos) uma identificação com ele.”<sup>6</sup>. A fase oral canibalista prepararia então o terreno para a futura identificação e, em seguida, se daria a escolha objetal.

Ainda com relação à fase oral, é interessante notar a dificuldade da paciente em poder se alimentar, aceitar medicação oral e poder alimentar sua filha, deixando-a muitas vezes com fome o dia inteiro. Como se não tivesse sido “alimentada” o suficiente. Queixa-se de que a mãe nunca a chamava para comer e não conseguia recordar-se da mãe alimentando-a. Lembra-se sempre da comida “fria” que esta lhe deixava para que esquentasse ela mesma: “Ela sempre deixava a comida fria para a gente esquentar ... mais tarde quando cresci um pouco mais, tinha que me virar sozinha, subir no banquinho e eu mesma fazer o feijão...”.

A respeito da escolha objetal é preciso levar em conta uma base narcísica, já que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode recuar para o narcisismo. A identificação narcísica com o objeto se torna, então, um substituto da catexia objetal. O que ocorre, então, é uma regressão de um tipo de escolha objetal para o narcisismo original. Em ML, a identificação narcísica com o objeto

parecia muito evidente. Não se notava em seu discurso uma abertura para novos investimentos libidinais. O medo de amar e ser frustrada na sua demanda de amor fazia com que continuasse a querer se isolar. De tanto querer o outro, ML colocava-se no lugar de não mais querer. Paradoxo inevitável quando a libido regride ao narcisismo.

### 3. *Um não cedo demais ou a desilusão precoce*

Numa das sessões, ML conta-me de um sonho que tivera comigo. Eu lhe dizia (no sonho) que meu tempo com ela estava acabando. A paciente lembra que ficou muito mal com esta notícia e começa a escutar vozes. É interessante que neste momento ML não estava delirando como havia feito outras vezes na própria análise. Desta vez, ela sonha que está delirando frente a uma possível situação de perda. Chamo sua atenção para o fato de que o sonho é dela, ou seja, ela havia “fabricado” o sonho e colocado palavras na boca de sua analista. Ela mesma trazia a questão da separação e reagia de forma psicótica: delirando, escutando vozes.

Nesta sessão a paciente diz que percebe que não adianta todos quererem ajudá-la, se ela mesma não se ajudar. Parece muito insegura quanto à capacidade de poder se ajudar, de poder deixar que esse tempo com a analista termine. Mostra, com seu sonho, a forma ainda precária que encontra frente a uma situação de separação e perda. Mas, desta vez, essa questão veio se manifestar de forma onírica, deixando o terreno da atuação psicótica para poder se inserir num plano simbólico – o plano dos sonhos.

Em seu livro sobre melancolia, Lambotte fala de uma sensação que o melancólico experimenta de ter sido “jogado no mundo”, talvez cedo demais, talvez antes mesmo que pudesse ser capaz de discriminar, de conhecer sua origem e de ter idéia de seu destino. A autora descreve algumas expressões de pacientes seus que exprimem este sentimento: sensação de “ter sido jogado assim; ... ter caído do céu”; impressão de ter sido “derramado ao mundo brutalmente” (*versé au monde* – p. 152) e também a sensação de estar “pegando o bonde andando”.

À respeito dessas sensações, Winnicott vai falar que frente a uma situação externa muito difícil, o indivíduo teria como único recurso criar um “falso *self*” para poder dar conta de responder a esta hostilidade externa. Ou seja, como se o indivíduo não estivesse preparado ou amadurecido para enfrentar determinadas situações e tivesse que criar uma instância psíquica, à qual o autor citado vai nomear como “falso *self*” para poder lidar com tais situações. É interessante que Lambotte, em sua análise com pacientes melancólicos, diz que no discurso de tais pessoas parece existir algo que “soa falso”. A autora diz notar também uma referência a um “defeito de iniciação”, ou defeito inicial, que deixaria uma marca original na vida do sujeito.

Um outro relato de uma de suas pacientes: “Eu não fui iniciada, eu fui como que jogada no mundo no meu nascimento e tenho a impressão de não ter me recuperado disso” (p.167). Lambotte vai associar esta “falta de iniciação” com um tipo de carência simbólica. É esta carência simbólica estaria, por sua vez, estreitamente relacionada à imagem de uma mãe “todo-poderosa”: “É a imagem de uma mãe aterrorizante, dotada de um poder destrutor que decide sobre a vida ou a morte do sujeito (...) que parece esmagá-lo com todo seu peso” (p.169). A imagem dessa mãe desperta no sujeito a sensação de fracasso desde o início, a sensação de ter sido machucado ou mesmo abandonado, sentimento este que foi a queixa inicial de ML e que continua sendo seu grande desafio a superar.

## Conclusão

Como foi dito na introdução deste trabalho, não pretendo aqui encerrar o caso com uma conclusão definitiva e abrangente. Os aspectos novos que estão surgindo e tendem a continuar aparecendo no prosseguimento da análise permitirão, então, novas conclusões e maior aprofundamento destas.

Os aspectos mais recentes do trabalho terapêutico começaram a indicar uma possível entrada em questões da ordem da sexualidade. Uma relação triangular começou a se esboçar nas alusões aos conflitos entre a paciente, seu ex-namorado e uma namorada deste (mais tarde vai falar da atual esposa deste). Sentimentos de ódio, rivalidade e competição emergiram, além da ambivalência com relação à figura masculina encarnada na figura do ex-namorado. Embora diga que o odeie, que por vezes pensa em matá-lo, relata também que não tinha deixado de amá-lo. A figura feminina é vista ora de forma ameaçadora, querendo fazer-lhe mal, ora de forma compreensiva e amistosa. A paciente teme que não exista outro desfecho para esta triangulação que não seja a morte de um destes membros ou mesmo de todos eles.

Embora tenham sido trazidas estas questões que poderiam se inserir numa vivência mais edípica, a questão de emergência parece ser mesmo a relação dual. A maneira como a paciente se posiciona frente ao outro, a forma como seu desejo pôde ser ou não sustentado e investido.

Quando discuti a questão do narcisismo, enfoquei mais os aspectos relacionados à perda e à identificação ao objeto perdido. É oportuno lembrar também da importância do investimento narcísico, que no caso de ML parece ter existido de forma precária. É significativo o fato de a mãe da paciente, na realidade ou em sua fantasia, ter aceito o pedido da sogra para que lhe desse sua filha assim que nascesse. Em outras palavras, poderíamos pensar numa mãe que de alguma forma rejeitou a filha e “transferiu” o investimento de amor a outro.

E no caso desse outro encontrar-se morto no momento de seu nascimento, como se daria então o investimento narcísico da paciente? Ou seja, aquele que é designado para supostamente investir a criança não é possível, está morto...

Segundo a paciente, quem a desejou, na verdade, não foi a mãe, mas a avó falecida. Desejo este incestuoso à medida que a avó na verdade desejava uma filha do próprio filho...

Não se pode dizer que não haja desejo na origem da história de ML, mas é um desejo enigmático que passa confusamente entre as figuras da mãe, do pai e da avó, que teriam aceito todos o pedido da avó. De que forma este desejo circulou parece ter sido um grande mistério, que a morte da avó teria feito desaparecer consigo. Será então que o fascínio constante da paciente com a idéia da morte e da "comunicação" com os mortos não seria, em última instância, um desejo de tentar ressuscitar esta avó que encerra em si o enigma de sua origem? Pensando assim, chegaríamos à conclusão de que a paciente sente-se presa ao mundo simbólico da avó, sendo esta seu único referencial. Além disso, a paciente torna-se presa deste enigma que permeia questões incestuosas entre a avó e o pai, sem falar de outros aspectos como rivalidade e competição entre mãe e avó. De qualquer forma, são mistérios perante os quais a paciente reage de forma psicótica, tentando chamar e ressuscitar os mortos.

Retomando a questão da perda e da separação na vivência do melancólico como já foi discutido, torna-se interessante agora lançar um novo olhar. Talvez com menos enfoque no que a paciente perdeu, mas sim naquilo que ficou do outro que ela não consegue identificar, à semelhança de um corpo estranho nela mesma. Será então que sua vontade de querer se matar a qualquer custo não guarda em si um desejo profundo de eliminar, de afastar dela aquilo que lhe é estranho e alheio? Será que querer morrer não seria no fundo um desejo de querer viver, "matando" aquilo que ficou do outro e que não pode ser decifrado?

Poderíamos levantar a suposição de que para o melancólico talvez a palavra *não*, vivida de forma tão contundente e fechada possa mascarar na verdade um *sim*. O não pode não querer simplesmente remeter a um vazio, a um nada. "Um não cedo demais" possa talvez ser redimensionado se o sim que está aí embutido puder se revelar e, quem sabe, permitir uma abertura para novas possibilidades...

## Bibliografia

- FREUD, S. "Luto e melancolia". In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago.
- GUIR, J. *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
- LAMBOTTE, M.-C. *Le discours mélancolique – De la phénoménologie à la métapsychologie*. Paris, Antropos, 1993.

KAUFMANN, P. *L'apport freudien – éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Paris, Bordas, 1993.

PERES, Urania C. *Melancholia*. São Paulo, Escuta, 1996.

## Resumos

*El artículo irá abordar, a partir del estudio de un caso clínico, cuestiones relacionadas con la melancolía y la psicósomática. En lo que se relaciona a la psicósomática, la premisa es que los fenómenos psicósomáticos pueden ser entendidos como efecto del inconsciente sobre el propio cuerpo y que son inseridos en el campo del lenguaje. En la óptica lacaniana son vistos como manifestaciones en lo simbólico – defecto de filiación simbólica. Es también importante en este enfoque la cuestión de los significantes relacionados al origen de los fenómenos psicósomáticos. Significantes que muchas veces le fueron impuestos al sujeto y que no encuentran articulación en el registro simbólico, siendo el cuerpo la única posibilidad de inscripción del inconsciente.*

*En relación a la melancolía, será abordado no solo como la reacción frente a la pérdida del objeto amado como también lo que quedó del objeto, o sea, lo que el sujeto carga dentro de si mismo como un cuerpo extraño y que muchas veces se confunde consigo mismo.*

*A partir de l'étude d'un cas clinique, cet article aborde des questions relatives à la mélancolie et au psychosomatique. En ce qui concerne ce dernier, notre prémisses est que les phénomènes psychosomatiques peuvent être compris comme des effets de l'inconscient sur le propre corps et sont insérés dans le champ du langage. Dans l'optique lacanienne ils sont vus comme des manifestations dans le symbolique – défaut de filiation symbolique. Un autre point à relever dans cette perspective est la question des signifiants par rapport à l'origine des phénomènes psychosomatiques. Ces signifiants sont bien souvent imposés au sujet et, ne trouvant pas d'articulation dans le registre symbolique, et voient dans le corps la seule possibilité d'inscription de l'inconscient.*

*En ce qui concerne la mélancolie, outre la réaction face à la perte de l'objet aimé, nous aborderons également ce qui reste de l'objet, c'est-à-dire ce que le sujet porte en soi comme un corps étranger et qui très souvent se confond avec lui-même.*

*This paper approaches, from a clinical case study, questions related to melancholia and psychosomatics. As for the latter, our premise is that the psychosomatic phenomena may be understood as effects of the unconscious upon the very body and are inserted in the field of language. In Lacan's viewpoint, they are seen as manifestations into the symbolic – symbolic filiation failure. Another important feature in this view is the question of the signifiers and their relation to the origin of psychosomatic*

*phenomena. Those signifiers are more than often imposed upon the subject and don't find any articulation in the symbolic register, thus turning the body into the only possibility of inscription for the unconscious.*

*As for melancholia, beyond the reaction when faced with the loss of the loved object, we will also refer to what remains of the object, that is, what the subject carries as a foreign body in their innermost and is often mistaken for themselves.*