

## A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian

Luís Henrique Fuck Michel<sup>a\*</sup>   
Joaneliese de Lucas Freitas<sup>b</sup> 

<sup>a</sup> FAE Centro Universitário. Curitiba, PR, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Paraná, Departamento de Psicologia. Curitiba, PR, Brasil

**Resumo:** O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) avulta a discussão do problema da diferenciação entre luto normal e complicado. Tendo por fundamento a obra de Arthur Tatossian e uma perspectiva fenomenológica do luto, temos como objetivo problematizar a clínica do luto em seu entrelaçamento com a compreensão diagnóstica. Apresenta-se a concepção de que o luto é vivido como um fenômeno intersubjetivo e como experiência de perda de um mundo partilhado que se rompe com a morte. Ao se perder um ente querido, perdem-se também uma perspectiva e uma possibilidade existencial, cabendo ao enlutado a resignificação de seu existir, e não o retorno a uma vida anterior. A partir da proposição de atenção substituinte-dominante e antecipante-liberante de Tatossian, propõe-se que uma clínica do luto deva considerar a diade liberdade e não liberdade do paciente como critério para a compreensão de sua dimensão patológica e para a tutela do enlutado sobre o seu existir.

**Palavras-chave:** luto, clínica, psicoterapia, Tatossian.

A quinta e última edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) é indicativa de como o luto está sendo considerado e pensado na atualidade. Mais especificamente no capítulo “Condições para estudos posteriores”, é abordado o Transtorno do Luto Complexo Persistente como um diagnóstico ainda não reconhecido oficialmente, necessitando de maiores estudos. De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), a distinção entre luto normal e complicado teria como critério o tempo cronológico. Depois de doze meses (seis meses, no caso de crianças) em que se apresenta um conjunto de sintomas persistentes do luto, a pessoa enlutada passa a ser diagnosticada com o Transtorno do Luto Complexo Persistente. Ou seja, após este período, as reações relacionadas ao luto passam a ser consideradas sintomas que estariam “interferindo na capacidade do indivíduo de funcionar” (APA, 2014, p. 792).

A necessidade de que um maior número de estudos seja realizado por pesquisadores e clínicos é apontada pelos organizadores do manual, para que se possa chegar a uma definição sobre a inclusão ou não do Transtorno do Luto Complexo Persistente em suas próximas edições (APA, 2014). Dois dos aspectos-chave para a compreensão do luto em sua dimensão patológica se referem à duração dos sintomas, assim como sua diferenciação dos transtornos depressivos. Um dos pontos mais importantes do debate torna-se justamente a possibilidade de distinguir o luto da depressão, especialmente por meio da descrição fenomenológica do luto (Ratcliffé, 2018). A descrição fenomenológica do luto apontaria para aspectos mais

refinados e complexos sobre o modo de aparecimento e significação das experiências vividas, fundamentando o clínico em sua decisão diagnóstica. É neste contexto que se insere o presente estudo, que se propõe a refletir acerca dos modelos de diagnósticos que incidem sobre a compreensão do que pode ser considerado um luto normal e um luto complicado desde uma perspectiva da fenomenologia, bem como apresentar possibilidades de assistência e de cuidado a enlutados em uma clínica fundamentada na proposta fenomenológica de Arthur Tatossian (1929-1995).

### A compreensão do luto no DSM-5

A elaboração do DSM-5, entre 2007 e 2012, foi acompanhada por debates e controvérsias em relação à compreensão e classificação do luto (Zachar, 2015). Entre as questões levantadas pelos especialistas estava a necessidade de uma diferenciação mais clara entre o luto e o Transtorno Depressivo Maior. Na edição anterior do manual (APA, 1995), o luto aparecia como um critério de exclusão para o diagnóstico de depressão, no caso de a perda ter ocorrido dentro de um intervalo de até dois meses. Dessa maneira, ao menos neste período de dois meses, o enlutado não poderia receber o diagnóstico de depressão. Outro ponto presente nos debates foi a eleição de possíveis critérios para determinar o que distinguiria um luto considerado “normal” de um “complicado” ou “patológico” (Freitas, 2018).

Até o surgimento do DSM-5, a maior parte das discussões na esfera acadêmica girou em torno da possibilidade de manutenção ou não da perda recente de um ente querido como critério de exclusão para o

\* Endereço para correspondência: luis.hfmichel@gmail.com



Transtorno Depressivo Maior. Entre os favoráveis à manutenção do critério, defendia-se a tese de que sua exclusão poderia acarretar a patologização de reações esperadas em casos de luto, podendo levar à medicalização de pessoas enlutadas sem que houvesse uma real necessidade para tanto (Zachar, 2015). Aqueles que defendiam a retirada do luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão, por sua vez, questionavam o motivo para que outros tipos de perda, tais como o término de relacionamento ou demissão, não fizessem parte dos critérios de exclusão diagnóstica para o transtorno no DSM-IV (Zachar, 2015). De acordo com eles, não existiriam estudos apresentando diferenças significativas no que concerne à sintomatologia apresentada por uma pessoa não diagnosticada com depressão por conta de um luto em relação a uma com depressão. A diferença em termos de agentes estressores não justificaria o tratamento especial oferecido aos casos de enlutamento, não havendo argumentos suficientes para a sua manutenção como critério de exclusão em uma nova edição do manual (Lamb, Pies, & Zisook, 2010; Zachar, 2015). Segundo Lamb et al. (2010), este critério de exclusão estaria negando a possibilidade de pacientes com depressão receberem o tratamento adequado, sendo que essa privação de cuidados poderia acarretar consequências profundas para o resto da vida dos enlutados. Zachar (2015) corrobora este argumento, defendendo a possibilidade de a pessoa enlutada poder optar por tratamento nos casos em que recebe o diagnóstico de depressão. Os favoráveis à retirada do luto como critério de exclusão para o diagnóstico de depressão realizam ainda a ressalva de que essa alteração não deveria levar a uma medicalização do luto, visto que a maioria dos enlutados não possuem todos os sintomas presentes no Transtorno Depressivo Maior (Lamb et al., 2010; Zachar, 2015).

No que diz respeito ao diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, o DSM-5 (APA, 2014) decidiu deixar de adotar o enlutamento como critério de exclusão. O manual incluiu, ainda, uma descrição fenomenológica das reações características do luto com o intuito de especificar aquilo que o diferencia dos sintomas contemplados em um episódio depressivo maior (EDM), facilitando, dessa maneira, o diagnóstico a ser realizado pelo clínico. Foi ressaltado no DSM-5 (APA, 2014), por exemplo, o fato de que “no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer” (p. 161). Também se destacou que a disforia do luto ocorre em ondas, comumente chamadas de “dores do luto”. A partir dessa alteração no diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, já não se descarta a possibilidade da co-ocorrência de luto e depressão, precisando o clínico estar atento para distinguir um possível caso de depressão daquilo que seria apenas uma resposta normal e adaptativa à perda (Zachar, 2015). Ao adotar esse discernimento, o clínico deve ter cautela na avaliação dos aspectos psicossociais do paciente,

transpondo a mera contagem de sintomas (Ogasawara, Nakamura, Kimura, Aleksic, & Ozaki, 2017).

Se o DSM avançou no sentido de uma resposta conclusiva na discussão sobre a diferenciação entre luto e depressão, e sobre a possibilidade de co-ocorrência de ambos, restam ainda questionamentos em relação à distinção entre luto normal e complicado. Afinal, mesmo o enlutado não recebendo o diagnóstico de depressão, ainda existe a possibilidade de sintomas característicos do luto lhe infligirem sofrimento significativo, em uma condição que pode requerer intervenções de profissionais da saúde (Lamb et al., 2010). Nesse sentido, é relevante salientar que, assim como em sua edição anterior, há uma seção no DSM-5 reservada a condições que podem ser foco de atenção clínica, dentre as quais o Luto Sem Complicações se encontra. De acordo com o manual (APA, 2014), “esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é uma reação normal à morte de um ente querido” (p. 716). Destaca-se que a aparição isolada de sintomas característicos de um episódio depressivo maior, tais como insônia, apetite reduzido, perda de peso e humor depressivo, costuma se apresentar em indivíduos enlutados. Ainda que não se trate de um transtorno mental, o auxílio profissional para encontrar o alívio destes sintomas coloca-se como possibilidade para essas pessoas.

No que diz respeito à criação de um diagnóstico específico para o luto complicado, a quinta edição do DSM ressalta a dificuldade que há em estabelecer quais seriam a “duração” e a “expressão” que pudessem ser tomados como referência, em razão das variações que existem na vivência do luto em diferentes grupos culturais. Stroebe et al. (2000) destacam que a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno demandam que uma série de investigações e debates anteceda a criação de uma categorização diagnóstica específica para o luto complicado. De acordo com os autores, há uma variedade de critérios adotados por diferentes pesquisadores para diferenciar o luto normal do patológico, sem que tenhamos ainda evidências empíricas suficientes para dar sustentação à escolha de qualquer um. Dentre os critérios propostos pelos especialistas podemos citar: duração do luto, intensidade dos sintomas, comprometimentos funcionais, entre outros.

O DSM-5 optou por não criar um diagnóstico oficial para o luto complicado, apontando para a necessidade de estudos posteriores mais aprofundados para que se possa eleger os critérios que determinariam a existência de um luto patológico. Foi o que motivou a inserção de uma proposta diagnóstica intitulada Transtorno do Luto Complexo Persistente em uma seção denominada “Condições para estudos posteriores” (APA, 2014). Caso seja aprovada a proposta, em uma próxima edição do manual teríamos um diagnóstico específico para o luto complicado, buscando construir uma linha clara que pretende separar luto saudável e patológico. De acordo com tal proposta, o luto normal passaria a ser persistente

quando determinadas respostas esperadas diante de uma perda significativa perdurarem por ao menos doze meses (ou seis, no caso de crianças), passando, após este período, a serem consideradas sintomas de um luto complicado (APA, 2014). Ou seja, o critério adotado para realizar esta discriminação é um intervalo específico de tempo. Cabe refletir acerca deste critério adotado pela nova edição do manual, bem como de sua compreensão do luto como um todo, uma vez que ele prescinde de outros elementos relevantes no processo diagnóstico, tais como a perspectiva histórica e singularizada do sofrimento inerente a cada luto. Neste contexto em que as discussões sobre um possível novo diagnóstico envolvendo a condição de enlutamento está em voga, se faz mister apresentar as contribuições que oferecem a este debate uma perspectiva fenomenológica do luto.

### **O luto em uma perspectiva fenomenológica**

A compreensão fenomenológica do luto, apresentada brevemente a seguir, se fundamenta na concepção de intercorporeidade em Merleau-Ponty (1960/1991). Para o autor, eu e outrem somos órgãos de uma mesma intercorporeidade. A intercorporeidade diz respeito ao entrelaçamento intersubjetivo entre homem e mundo, onde o outro se apresenta antes de tudo como experiência estética e sensível. O caráter intercorporal do existir nada mais é do que a condição de possibilidade da experiência subjetiva. Isto quer dizer que a ipseidade se mostra na presença do outro e que este não apenas se revela a mim em sua diferença, mas abre para mim uma sensibilidade do mundo e de mim mesmo, do mesmo modo ambíguo pelo qual minhas duas mãos, ao se tocarem, são também tocadas, se mostrando como *mesmidade* e alteridade.

O luto, nessa perspectiva, pode ser compreendido como uma vivência que se inicia com a morte de um ente querido e com o consequente apagamento abrupto de sua (inter)corporeidade no campo existencial do enlutado, uma vez que, de um momento para o outro, aquele corpo vivo que o outro foi torna-se mero objeto (Freitas, 2018). A perda deste outro, com quem se partilha uma temporalidade e com quem se está sensivelmente entrelaçado, é vivida como a perda de um mundo vivido compartilhado (Freitas, Michel, & Zomkowski, 2015). Com a morte, o mundo outrora partilhado se modifica e se esvai, momento em que também desaparece um modo singular e habitual de ser do enlutado e próprio à relação perdida. Portanto, não é apenas o outro que se perde, mas também um pouco de si e de um mundo, daquilo que se é na relação vivida com quem se perdeu. É a partir dessa ausência do outro no mundo vivido que “a experiência do luto surge como essa novidade carente de sentido que coloca em jogo as especificidades relacionais, o horizonte histórico e o mundo-da-vida do enlutado” (Freitas, 2013, p. 99).

O luto não seria, portanto, um processo linear, determinado por estágios ou fases iniciais e finais, mas se trata de uma nova condição existencial na qual é lançado aquele que perdeu alguém que lhe é significativo. O luto como nova condição existencial suspende os sentidos habituais do mundo-vida, exigindo novos sentidos e um novo modo de ser-com aquele que morreu, isto porque, apesar de não estar mais presente com sua corporeidade, o ente querido que morreu se apresenta cotidianamente no mundo que o anuncia, por meio de hábitos, experiências partilhadas e objetos, mas como ausência. Assim compreendido, o luto não pode mais ser pensado como um fenômeno individual, mas circunscreve-se como intersubjetivo: “compreender existencialmente o processo de enlutamento, portanto, diz respeito a compreender os modos de ser vivenciados na experiência de uma ruptura radical e definitiva no mundo-vida do enlutado em seu caráter intersubjetivo, especificamente intercorporal” (Freitas, 2018, p. 52). Desse modo, a experiência de enlutamento se apresenta como uma demanda de ressignificação de um existir partilhado e não exatamente da superação de uma perda. Não há superação possível, no sentido de que não é possível um retorno a um mundo anterior, a uma vida tal como co-vivida com aquele que se perdeu. Há apenas a possibilidade de ressignificar essa relação a partir de sua presença-ausente: “o luto não pode ser entendido como uma experiência que se supera . . . Luto, literalmente, se incorpora no existir, permitindo assim novas possibilidades de significações e de abertura diante deste mesmo existir” (Freitas, 2018, p. 55).

Outro aspecto relacionado à não superação, mas à sua incorporação no existir, aponta para a experiência de que a vivência do luto é sempre inacabada e não se organiza como um fluxo contínuo. O luto é vivido pelos enlutados como se fossem “ondas”, descrição que designa que a dor do luto tende a ser vivida novamente de tempos em tempos, embora com diminuição de frequência e intensidade, tais como em datas festivas ou em momentos significativos, quando o mundo existencial emerge como sentido partilhado com quem se foi. A experiência por ondas ou momentos de retorno das emoções ligadas ao sofrimento do luto é descrita no DSM-5 (APA, 2014), assim como em pesquisas sobre a experiência fenomenológica do luto (Zachar, 2015; Zisook & Shear, 2009). Resta compreender o modo como a dor e a ausência de sentidos se manifestam em diferentes condições de existência do enlutado, especialmente quando estamos fundamentados em uma preocupação clínica e não apenas epistemológica.

Ao nos perguntarmos sobre as diferentes manifestações do luto nas existências concretas, a partir de histórias e vidas particulares, colocamos em jogo o caráter do que se compreende como patológico, uma vez que cada modo de se enlutar vincula-se a cada modo vivido por alguém em uma relação específica e a uma condição histórica particular. Assim, a compreensão das diferenciações entre o normal e o patológico recai sobre a

avaliação da expressão fenomênica do luto que diz respeito ao modo como o enlutamento se mostra na vida de quem está enlutado, e não pela marca quantitativa do que se mostra. Para aprofundarmos essa reflexão, recorreremos à compreensão de modelos diagnósticos e sua relação com a clínica fomentadas pela obra de Tatossian, psiquiatra que se dedicou à psicopatologia fenomenológica e que foi um de seus principais representantes (Bloc & Moreira, 2014).

## **Psicopatologia fenomenológica e a clínica pensada por Tatossian**

A psicopatologia fenomenológica é compreendida por Tatossian de forma indissociável da clínica. De acordo com o autor, haveria um entrelaçamento entre psicopatologia e clínica de tal modo que não seria possível delimitar suas mútuas influências (Tatossian, 1979/2006). A clínica é o lugar onde a psicopatologia se constitui, justamente, por ser o espaço no qual a experiência do sujeito se apresenta. Auxiliar a clínica é a razão de ser da psicopatologia. Ao mesmo tempo, a psicopatologia torna-se necessária para a clínica em sua busca por compreender o mundo vivido do paciente. A ambiguidade na relação entre estes dois campos é ressaltada ao longo de toda obra de Tatossian (Bloc, 2012).

Ao destacar a experiência vivida do paciente, “Tatossian aproxima a fenomenologia e a psiquiatria sem construir um modelo rígido de psicopatologia e de clínica fenomenológica” (Bloc & Moreira, 2013, p. 38). Fundamentando-se no conceito de *Lebenswelt*, o psiquiatra rompe com uma concepção de sujeito individual, considerando que a constituição do vivido psicopatológico é dada na cotidianidade do homem e, assim, segundo Bloc (2012), ele mira a “constituição do vivido psicopatológico, mas sem desconsiderar aquilo que o constitui, bem como o fluxo de uma experiência que não para e que deve ser visada pelo clínico” (p. 110).

A clínica é mais propriamente discutida pelo autor em seu artigo “O que é a clínica?” (Tatossian, 1989/2012), onde desde o início adverte o leitor de que essa é uma pergunta cuja resposta pode ser menos evidente do que se pode esperar. Tatossian responde à questão do título apresentando dois modelos que são diferentes entre si, ambos constituintes da atividade clínica, porém não necessariamente excludentes, a saber: o modelo inferencial e o modelo perceptivo.

O modelo inferencial, mais habitualmente admitido na atividade clínica, tem por objetivo inferir a entidade nosológica não diretamente observável, a partir do sintoma diretamente observável (Tatossian, 1989/2012). Segundo este modelo, o progresso estaria associado ao desenvolvimento de regras de observação e inferência mais rígidas, ao estabelecimento de critérios e escalas de avaliação de doenças, bem como à delimitação das características que definem cada doença – algo comum aos manuais diagnósticos, tais como o DSM-5. Aqui, a ideia de progresso está vinculada e contaminada por uma busca para tornar a clínica cada vez mais “quantitativa” (Tatossian, 1989/2012).

De acordo com Tatossian (1997/2014), o modelo inferencial de clínica, ao reduzir sua atividade somente à relevância semiológica, exclui a maior parte das informações que se apresentam na relação direta com o paciente. E, a despeito de concentrar-se no exame dos sintomas, ignora que são as demais informações apresentadas na relação que guiam as decisões do clínico. Essas informações, negligenciadas pelo modelo inferencial, são centrais na atividade clínica no modelo perceptivo, que seria fundamentalmente fenomenológico.

As diferenças entre os modelos inferencial e o perceptivo têm sua origem na conversão do olhar do clínico, que admite não se deter exclusivamente no *sintoma*, voltando sua atenção para o *fenômeno*. No modelo perceptivo, não se percebe a doença, mas a globalidade do ser doente. Do mesmo modo, não se procura analisar as causas determinantes da doença, o que se busca é apreender a essência e as condições de apresentação do fenômeno em questão (Tatossian, 1997/2014). Essa conversão não é fácil para psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas “habitados com representações da ciência natural, utilizando manuais de diagnóstico e propondo modelos de tratamento que englobam, sobretudo, a experiência do sintoma” (Bloc, 2012, p. 40).

Ao lançar um olhar direcionado ao fenômeno, o modelo perceptivo evidencia a autonomia do paciente e sua liberdade diante da situação em que se encontra. Afinal, se o fenômeno é constituído subjetivamente e tem seu sentido desvelado no existir daquele que sofre, o paciente não poderá jamais ser completamente heteronômico e lhe restará sempre uma condição de autonomia (Tatossian, 1997/2014). Em uma orientação semiológica, “a doença já está localizada no sintoma e naquilo que [a] produz, isolando claramente o homem, que não é mais que o [seu] portador” (Bloc & Moreira, 2013, p. 34). A partir dessa discussão em torno de dois modelos possíveis de clínica, Tatossian evidencia a necessidade do estabelecimento de um critério que diferencie o normal do patológico sem deixar de levar em conta a constituição subjetiva do fenômeno e a condição de autonomia que, em alguma medida, resta ao paciente.

## **Normal ou patológico: a liberdade como critério**

Tatossian distancia-se da perspectiva de morbidade que concebe o homem como seu mero portador. Procurando perceber não a entidade nosológica, mas a globalidade do ser, o autor defende a tese, segundo Bloc (2012), de que “o patológico está muito mais na despontualização, na perda da liberdade do sujeito do que no estabelecimento de regras e parâmetros rígidos” (p. 69). Assim, o autor vincula a liberdade à questão saúde-doença, pensando a diferenciação entre normal e patológico a partir da diáde liberdade e não liberdade, e da relação dialética entre autonomia e heteronomia.



Segundo o raciocínio de Tatossian (2001), o comportamento desviante, que não se enquadra às regras e parâmetros, não deve ser considerado por si só anormal, nem pode ser tomado como objeto da psicopatologia. Bloc (2012) argumenta que o comportamento desviante passa a ser anormal à medida que o sujeito não pode deixar de apresentá-lo. Ou seja, enquanto a autonomia encontra-se em alguma medida preservada e existe a possibilidade de não apresentar o comportamento desviante, este não pode ser considerado como *pathos*. A estagnação, porém, indicaria a existência de um comportamento que pode, a partir dessa cristalização, ser considerado patológico (Bloc, 2012).

Ainda que Tatossian enfatize a análise do fenômeno, ele não descarta o sintoma como relevante para o desenvolvimento do diagnóstico e da escolha da conduta clínica. No entanto, este passa a exercer um papel acessório, sendo apenas um sinalizador do fenômeno (Tatossian, 1997/2014). A mudança de orientação do sintoma para o fenômeno significa um corte no modelo sintomatológico usualmente presente na psiquiatria. Segundo Bloc (2012), esta conversão tem impactos no que diz respeito à questão da liberdade do paciente e, correlativamente, às concepções de cura e tratamento. Afinal, se na psiquiatria do sintoma a cura é imposta ao paciente na forma de eliminação do sintoma, na psiquiatria do fenômeno este se torna o principal agente do processo de tratamento e de compreensão daquilo que considera como cura. A ênfase no fenômeno, portanto, impacta a concepção de cura e permite o desenvolvimento de uma terapêutica que pode ir além da farmacológica, restabelecendo uma confiança no que o paciente é e no que sabe de si.

## O fenômeno: fundamento do projeto psicoterápico de Tatossian

Ao pensar o fenômeno como fundamento do projeto clínico, Tatossian (1997/2014) se apropria do conceito de “preocupação” (*Fürsorge*) de Heidegger, característica ontológica do *Dasein* enquanto ser-com ou, mais propriamente, “ser junto a” (Heidegger, 1927/2005). Para Heidegger, tanto preocupação (*Fürsorge*) quanto ocupação (*Besorgen*) são constitutivos ontológicos do cuidado (cura) e, portanto, modos de abertura do *Dasein*. Há, ainda, dois modos de preocupação (*Fürsorge*), a saber, o substitutivo e o antecipatório ou “antepositivo”. O primeiro é aquele em que se “substitui” (*Einspringt*) o outro, assumindo suas ocupações. Já o segundo coloca o outro diante de suas próprias possibilidades, antepondo-se (*Vorausspringt*) a ele, mas sem substituí-lo (Santos & Sá, 2013). Tatossian (1997/2014), ao se apropriar do conceito heideggeriano, prefere substituir a palavra preocupação por assistência, com o intuito de excluir uma ressonância afetiva do termo em francês que não julgava adequada.

Ao pensar a conduta clínica e influenciado pela compreensão das possibilidades de abertura da

preocupação (*Fürsorge*), Tatossian (1997/2014) apresenta e diferencia duas formas positivas de assistência, a saber: a assistência substituinte-dominante (*substituante-dominante*) e a antecipante-liberante (*dévançante-libérante*). A primeira é um modo de assistência que se encarrega, no lugar do outro, daquilo com que ele haveria de se preocupar. É um modo que expulsa o outro de seu próprio lugar, oferecendo de forma imediata e disponível a solução para o seu problema. A assistência substituinte-dominante está presente, por exemplo, quando o psiquiatra decide por hospitalizar um paciente ou quando, no curso de uma psicoterapia, o psicoterapeuta provoca mudanças pré-programadas na vivência de seu paciente independentemente da vontade deste, tal como a aplicação de uma técnica com vistas a alguma coisa. A assistência substituinte-dominante tende a colocar o outro em uma posição de dependência e sujeição.

O segundo modo de assistência, que Tatossian (1997/2014) denomina em francês de *dévançante-libérante* e que Bloc e Moreira (2013) optaram por traduzir por assistência antecipante-liberante, diz respeito a um modo de preocupação que tem como objetivo “levar o outro adiante, potencializá-lo em um trabalho que parte da crença na potencialidade desse outro e na liberdade que, de diferentes formas, está sempre presente” (p. 36). A assistência antecipante-liberante busca tornar o outro lúcido e livre, colocando-o diante de suas possibilidades e lhe devolvendo o cuidado de si.

Tatossian (1997/2014, p. 278) afirma que estas duas formas de assistência positivas costumam se combinar sucessivamente ou simultaneamente, de acordo com as circunstâncias e o estado clínico do paciente. Ainda assim, o autor defende que é essencial que reste sempre um mínimo de liberdade ao paciente. O autor também ressalta que essas duas formas de assistência não podem ser compreendidas como associadas exclusivamente a determinadas técnicas ou abordagens teóricas específicas. Qualquer técnica ou abordagem teórica pode ser uma forma de assistência substituinte-dominante ou antecipante-liberante, a depender do modo como se aplicará tal técnica ou se trabalhará determinada teoria. O fator decisivo para diferenciar o modo de assistência em cada caso é o quanto esta prática promove – ou não – a restauração da autonomia. Resta saber de que maneira estes modos propostos por Tatossian de assistência positiva podem se articular com o processo psicoterapêutico de pessoas enlutadas e qual a relevância que um projeto de uma clínica amparada neste modelo fenomenológico pode ter para o processo do luto.

## Discussão: a clínica do luto como cuidado e liberdade

A partir da sucinta apresentação do luto em seu caráter existencial, bem como do modo como Tatossian pensa a clínica e a psicopatologia, nos propomos a refletir sobre o fenômeno do luto e suas implicações para os

diferentes modos de assistência e de cuidado. Para tanto, retomamos a discussão do luto entendido como complicado, amplamente medicado na atualidade e que demanda cada vez mais atenção dos serviços especializados.

O diagnóstico de luto complicado ou, como apresentado no DSM-5 (APA, 2014, p. 789), Transtorno do Luto Complexo Persistente, caracteriza-se por uma série de sintomas de caráter melancólico que inclui: “uma saudade persistente do falecido (Critério B1), que pode estar associada a intenso pesar e choros frequentes (Critério B2) ou preocupação com o falecido (Critério B3)” (p. 790) e que se apresenta persistente por mais de 12 meses entre adultos e por mais de seis em crianças. Ao compararmos o critério adotado por Tatossian para diferenciar o comportamento normal do patológico com o critério proposto pelo DSM-5, podemos perceber que há um ponto de convergência entre ambos. Tatossian (1979/2006) define como patológico o comportamento que se encontra estagnado, cristalizado: o comportamento que não se pode deixar de apresentar. A estagnação do comportamento também é contemplada no critério adotado pelo DSM-5 para diferenciar o normal do patológico no caso do luto, delimitado especialmente pelo critério do tempo cronológico.

Aquilo que parece divergir entre as duas leituras – à primeira vista semelhantes – é o modo como se define o tempo que determina a estagnação do comportamento. Para o DSM-5 essa norma é exterior ao sujeito, heteronômica e padronizada: 12 meses para adultos e seis para crianças. Para Tatossian (1979/2006), no entanto, a estagnação ou não de determinado comportamento é percebida por meio da experiência do próprio doente observada pelo clínico, dentro do âmbito da existência do paciente. O caráter patológico, de acordo com esse pensamento, se revela no modo global de ser, na dificuldade que o paciente possui (ou não) de perceber suas próprias possibilidades (Bloc, 2012). A divergência, portanto, está na conversão do olhar proposta por Tatossian, que recusa perceber exclusivamente o sintoma como revelador de uma entidade nosológica e que passa a ressaltar o fenômeno em seu próprio modo de apresentação.

O DSM-5 precisa ser compreendido a partir do modelo inferencial que o fundamenta, no qual faz sentido o estabelecimento de critérios e a delimitação das características que definem cada doença. Incluído ou não o diagnóstico de Transtorno do Luto Complexo Persistente nas próximas edições do DSM, a contribuição de Tatossian para refletir acerca da temática permanece relevante. Afinal, seu modelo perceptivo propõe pensar o processo diagnóstico a partir da compreensão do sintoma, não como metáfora, mas como *Gestalt*, de modo que podemos interpretar que o fenômeno em questão, seja a depressividade ou o enlutamento, se apresenta no próprio modo de ser do doente. Segundo o modelo inferencial, os sintomas são índices que sinalizam o fenômeno e, ao se atentar prioritariamente a estes, o clínico perde de vista o próprio fenômeno da existência. Nesse sentido, é possível dizer que o modo crítico como Tatossian percebe o processo

diagnóstico conduz a discussão sobre a relação entre clínica e diagnóstico a outro patamar, onde a prática clínica deve priorizar e não negligenciar a experiência vivida. Como sublinhado por Bloc (2012), não há o interesse de confrontar ou negar os diagnósticos inferenciais, mas de colocá-los em movimento, em uma prática que renova a teoria a cada momento, na qual a experiência vivida é sempre revelada em sua singularidade na relação entre paciente e clínico.

Seguindo a proposta que nos faz Tatossian de realizar uma conversão do olhar, destacamos que os “sintomas” do Transtorno do Luto Complexo Persistente não são sinais de um sofrimento, de um luto silencioso ou insidiosamente escondido, mas o próprio enlutamento. O fato de um enlutado preparar refeições para o ente querido que morreu, ou de desejar morrer para estar com o falecido, diz respeito a uma existência que se mantém condicionada pelos seus modos habituais de ser intersubjetivamente, com alguém que lhe é profundamente significativo, mas que foram rompidos pela morte e que se encontram doravante impossibilitados de serem realizados e atualizados como possibilidade naquela relação específica. A experiência de que a vida não tem sentido sem o falecido, ou a sensação de que uma parte de si morreu ou foi perdida, é o luto mesmo, que pode ser vivenciado por uma mãe que perdeu seu único filho, cujo cuidado e educação lhe demandavam a maior parte de seu tempo e a própria significação de seu existir, por exemplo. A dificuldade em se engajar em atividades, buscar relações ou planejar o futuro não são índices, mas a própria experiência de luto de uma jovem viúva. Essas experiências, tidas pelo DSM-5 como possíveis sintomas de um luto complicado, devem ser notadas pelo clínico como o modo global de ser do enlutado, pois o enfoque perceptivo mira os modos pelos quais se *con-figura* a experiência vivida apresentada em sua cotidianidade e em sua fluidez própria do existir, isto é, tais experiências se caracterizam como o próprio “transtorno” ou “síndrome”, não estando escondidos ou sinalizados pelo comportamento ou vivência:

o luto é um fenômeno que se evidencia claramente no enlutar-se, no modo de se expressar mesmo daquele que o sofre, na falta de sentido que vivencia, em sua dor, na ambiguidade vivida na presença-ausente do outro e não em uma entidade nosológica dada *a priori*. (Freitas, 2018, p. 55)

Da mesma maneira, é o fenômeno – e não o sintoma – que fundamenta a clínica em que o cuidado não significa uma “cura” alheia ao existir do enlutado, mas procura sua autonomia diante da sua condição de enlutamento. O parâmetro para o corte epistemológico e clínico, que decide e que determina sobre o adoecimento e a condição própria do enlutamento, precisa ser a vida mesma de quem sofre.

Como visto anteriormente, Tatossian (1997/2014) defende que haja equilíbrio entre os modos de assistência positiva presentes no processo psicoterapêutico, mas ressalta

ser essencial que reste ao menos um mínimo de liberdade ao paciente, não podendo se perder de vista o objetivo de restauração da sua autonomia. Bloc (2012) destaca que Tatossian não sugere que o clínico imponha ou induza a liberdade ao paciente, visto que a liberdade é já própria ao existir. Não caberia a ele, portanto, a função de “impor” essa liberdade, mas de facilitar o seu reconhecimento e exercício. O processo clínico se apresenta no jogo das possibilidades do paciente que ali se revelam, condicionadas por uma relação entre clínico e enlutado de caráter antecipante-liberante. É, pois, com sua presença, mais do que com técnicas interventivas, que o clínico permanece *junto-ao* paciente e *pre-ocupado* com aquilo que ele é como enlutado e não ocupado com seus sintomas.

Na vivência do luto, é fundamental que em alguma medida o enlutado tenha preservada a autonomia no que diz respeito à “condução”, ou tutela, da própria vida. Se a morte impossibilita o modo habitual de ser-com do enlutado e impossibilita a restauração da vida tal qual se vivia antes do falecimento do ente querido, é incoerente pensar no luto como um processo ao qual se deva impor uma “cura” ou superação. Trata-se, antes, de uma abertura ao novo, diante da presença-ausente do outro. Ainda que seja possível uma relação substitutiva-dominante, mesmo que momentaneamente, não é possível impor um retorno a uma condição de vida anterior ou a uma direção pré-programada que não se possa alcançar. Em outras palavras, o que ressaltamos é a incoerência de se propor que a resolução do luto se dê por meio do reestabelecimento da vida que se vivia antes da perda de alguém significativo, algo que só se tornaria possível com a volta concreta daquele que faleceu, o que, entretanto, é com frequência tentado por meio de terapêuticas que impõem tarefas que não fazem sentido ao enlutado e às suas significações de mundo. Sendo isso impossível, reiteramos que ressignificar o luto implica em respeitar a nova condição a que o enlutado é lançado, em que novas possibilidades de ser se apresentam e são evidenciadas justamente pela ausência-presente daquele que morreu (Freitas, 2018; Freitas et al., 2015). Ao ressignificar a relação que se tinha com o morto, são respeitadas as condições impostas pela abrupta supressão desse outro na vida do enlutado, permitindo-o incorporar no seu novo mundo-vida a presença-ausente de quem se foi.

O enlutado, ao mesmo tempo que é colocado diante do esvaziamento de sentidos do mundo-vida, experiencia a abertura a novos sentidos e novas formas de perceber e

vivenciar o mundo. O processo clínico explicita a abertura de possibilidades de novos sentidos para o ser-com, mantendo a presença de quem se perdeu não mais como intercorporeidade, mas pela própria condição da ausência, incorporada no novo modo de ser de quem se enlutou. Afinal, a relação entre o enlutado e o falecido possui o sentido que lhe é dado por quem a vivenciou, o que nos leva a compreender que a ressignificação dessa relação não poderá jamais se dar de modo heteronômico (Freitas, 2018). Aqui se destaca a relevância da assistência antecipante-liberante no processo psicoterápico de enlutados: na característica que esse modo de assistência tem de auxiliar aquele que sofre a se tornar lúcido de seu desamparo diante da falta de sentido revelada pela morte, das suas possibilidades e limitações diante do fim, ensejando sua autonomia e singularidade diante da carência de sentido vivenciada.

## **Considerações finais**

Tatossian (1997/2014), ao propor uma conversão do olhar do clínico sobre as patologias e seus modos de apresentação, leva a discussão sobre patologia e normalidade para além dos manuais diagnósticos, considerando a díade liberdade e não liberdade como critério para determinar o caráter do diagnóstico, e não mais exclusivamente a apreensão nosológica do problema. Dessa forma, o psiquiatra torna a restauração da autonomia o objetivo principal do trabalho e recoloca o paciente no papel de principal agente desse processo.

No caso de enlutados, se torna evidente a relevância de um projeto clínico que se detenha na vivência e no tornar-se lúcido de suas possibilidades e restrições. Afinal, a tarefa de ressignificação só pode ser dada àquele que carrega na carne ainda viva uma relação que, com o irrevogável da morte, se impõe como suspensão e carência de sentidos. Desse modo, aproximando o pensamento de Tatossian de uma compreensão fenomenológica do luto, o presente estudo aponta para uma clínica que respeite as especificidades do modo de ser global de cada enlutado e que busque a restauração de sua autonomia diante de sua nova condição. Esta pesquisa não encerra, porém, a discussão acerca da possível inclusão do diagnóstico do Transtorno do Luto Complexo Persistente nas próximas edições do DSM. Nesse sentido, a apresentação de um maior número de estudos por pesquisadores e clínicos sobre a questão permanece necessária.

## **The bereavement therapeutics and its diagnostic criteria: possible contributions of Tatossian**

**Abstract:** The DSM-5 enlarge the discussion about the differentiation between normal and complicated bereavement. Based on the work of Arthur Tatossian and on a phenomenological comprehension of bereavement, this article aims to discuss the clinical practice with bereaved patients and its relations to diagnostics issues. We present the concept that mourning is experienced as an intersubjective phenomenon lived as a loss of a shared world, disrupted by death. When someone loses a loved one, he/she also loses a perspective, and an existential possibility, so that the mourner is left with the need to signify his/her existence, which is not a returning to a previous life. Based on Tatossian's proposition of substitutive-dominant and anticipatory-liberatory care,

we propose that bereavement therapy should consider the patients' freedom-unfreedom dyad as a criterion for understanding its pathological dimension and for the care the mourner dedicates to its existence.

**Keywords:** bereavement, clinical practice, psychotherapy, Tatossian.

### **La clinique du deuil et ses critères diagnostiques : contributions possibles de Tatossian**

**Résumé :** Le DSM-5 étend la discussion sur le problème de la différenciation entre le deuil normal et compliqué. Sur la base des travaux du Tatossian et dans une perspective phénoménologique du deuil, notre objectif est de problématiser la clinique du deuil et ses relations avec le processus diagnostique. Nous présentons la conception selon laquelle le deuil est vécu comme un phénomène intersubjectif et comme perte d'un monde partagé, perturbé par la mort. Lorsque on perd un être cher, on perd également une perspective et une possibilité existentielle, où l'endeuillé est laissé avec le besoin du signifier son existence et pas de retourner à une vie antérieure. Sur la base de la proposition de types de soins devançant-libérant et substituant-dominante de Tatossian, on propose qu'une clinique du deuil doit considérer la dyade liberté et non-liberté du patient comme critère de compréhension de sa dimension pathologique et de la tutelle d'endeuillé sur son existence.

**Mots-clés :** deuil, clinique, psychothérapie, Tatossian.

### **La clínica del duelo y sus criterios diagnósticos: posibles contribuciones de Tatossian**

**Resumen:** El DSM-5 amplía la discusión del problema de la diferenciación entre el duelo normal y el complicado. Fundamentado en la obra de Arthur Tatossian y en una perspectiva fenomenológica del luto, nosotros tenemos como objetivo problematizar la clínica del duelo en su entrelazamiento con su comprensión diagnóstica. Presentamos la concepción de que el luto es vivido como un fenómeno intersubjetivo y como experiencia de pérdida de un mundo compartido fracturado por la muerte. Al perderse un ente querido, se pierde también una perspectiva y una posibilidad existencial, cabiendo al enlutado la resignificación de su existir y no el retorno a una vida anterior. A partir de la proposición de atención sustitutiva-dominante y anticipante-liberadora de Tatossian, se propone que una clínica del duelo deba considerar la díada libertad y no libertad del paciente, como criterio para la comprensión de su dimensión patológica y para la tutela del enlutado sobre su existencia.

**Palabras clave:** duelo, clínica, psicoterapia, Tatossian.

## **Referências**

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV* (D. Batista, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bloc, L. G. (2012). *Introdução à psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian* (Dissertação de mestrado). Universidade de Fortaleza, Fortaleza.
- Bloc, L., & Moreira, V. (2013). Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 28-41. doi: 10.1590/S1415-47142013000100003
- Bloc, L., & Moreira, V. (2014). Arthur Tatossian: um estudo biográfico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(2), 181-188. Recuperado de <http://bit.ly/2ImCIWM>
- Freitas, J. L. (2013). Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 19(1), 97-105. Recuperado de <http://bit.ly/31dkpXn>
- Freitas, J. L. (2018). Bereavement, *pathos*, and clinical psychology: a phenomenological reading. *Psicologia USP*, 29(1), 50-57. doi:10.1590/0103-656420160151
- Freitas, J. L., Michel, L. H. F., & Zomkowski, T. L. (2015). Eu sem tu: uma leitura existencial do luto em psicologia. In J. L. Freitas, & M. V. F. Cremasco (Orgs.), *Mães em luto: a dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas* (pp. 15-24). Curitiba, PR: Juruá.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo* (M. S. C. Chuback, trad., 15a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1927)
- Lamb, K., Pies, R., & Zisook, S. (2010). The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be, or not to be. *Psychiatry (Edgemont)*, 7(7), 19-25. Recuperado de <http://bit.ly/2I1rNxq>
- Merleau-Ponty, M. (1991). O filósofo e sua sombra. In M. Merleau-Ponty, *Signos* (pp. 175-200). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960)
- Ogasawara, K., Nakamura, Y., Kimura, H., Aleksic, B., & Ozaki, N. (2017). Issues on the diagnosis and



- etiopathogenesis of mood disorders: reconsidering DSM-5. *Journal of Neural Transmission*, 125(2), 211-222. doi: 10.1007/s00702-017-1828-2
- Ratcliffe, M. (2018). The phenomenological clarification of grief and its relevance for psychiatry. In G. Stanghellini, A. Raballo, M. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, & R. Rosfort (Orgs.). *The Oxford handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.58
- Santos, D. G., & Sá, R. N. (2013). A existência como “cuidado”: elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 53-59. Recuperado de <http://bit.ly/2WrXpow>
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57-75. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00089-0
- Tatossian, A. (2001). Cultura e psicopatologia: um ponto de vista fenomenológico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(3), 137-144. doi: 10.1590/1415-47142001003013
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo, SP: Escuta. (Trabalho original publicado em 1979)
- Tatossian, A. (2012). O que é a clínica? In A. Tatossian, & V. Moreira, *Clínica do Lebenswelt (mundo vivido): psicopatologia e psicoterapia fenomenológica* (pp. 141-147). São Paulo, SP: Escuta. (Trabalho original publicado em 1989)
- Tatossian, A. (2014). *Psychiatrie phénoménologique*. Paris: MJW Fédition. (Trabalho original publicado em 1997)
- Zachar, P. (2015). Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(3), 540-550. doi: 10.1590/1415-4714.2015v18n3p540.9
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x

Recebido: 17/10/2018

Aprovado: 16/01/2019