

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

Vera Iaconelli

Resumo

O presente texto visa lançar luz sobre as condições propícias para elaboração do luto perinatal – que corresponde ao óbito de bebês pré ou pós-termo da gestação – e o efeito traumático sobre o psiquismo da mãe, caso estas condições não sejam observadas. A questão do desmentido é levantada como variável deletéria para a elaboração psíquica deste luto e revela a dificuldade do entorno de lidar com as características do vínculo mãe – bebê, quando este se rompe.

**DUELO INSÓLITO, DESMENTIDO Y TRAUMA:
PSICOANÁLISIS EN LA CLÍNICA COM MADRES DE BEBÉS**

Resumen

El presente texto tiene como objetivo abordar las condiciones propicias para la elaboración del duelo perinatal – que corresponde al óbito de bebés pré e pós termo de la gestación – y el efecto traumático sobre el psiquismo de la madre, en los casos em que estas condiciones no son observadas. La cuestión del desmentido es colocada como variable que perjudica la elaboración psíquica de este duelo y revela las dificultades del contexto para enfrentar y manejar las características del vínculo madre-bebê, quando este se rompe.

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

Vera Iaconelli

Gostaríamos de avançar no entendimento da elaboração ou, mais precisamente, nas dificuldades de elaboração do luto decorrente de óbito de feto ou de recém nascido, a que chamaremos genericamente de luto perinatal, a partir da idéia de desmentido e trauma. A princípio reiteramos a noção de que a modernidade lida com as questões relativas à morte evitando o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento e alimentando a

fantasia onipotente de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica¹. Não podemos deixar de apontar esta forma alienante de contato com o sofrimento como variável deletéria na elaboração do luto, pois acreditamos que, ao lançarmos luz sobre o funcionamento psíquico do indivíduo, incorremos no risco de ignorar os efeitos da cultura sobre o mesmo. Não obstante, consideramos imprescindível uma descrição do psiquismo da mulher que acaba por desvelar-se na situação de perda do bebê.

Antecipamos o entendimento deste luto como algo insólito, uma vez que suas características apresentam aspectos incomuns que o tornam incompreensível e irreconhecível pelo entorno. Há algo da perda deste objeto que não se oferece à percepção, ou melhor, parafraseando Freud², não vislumbramos *o que* foi perdido no objeto e *com o* objeto.

Observamos que as reações das pessoas à notícia da perda de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes. Estas mães por vezes ouvem:

_Calma. Você é jovem e poderá ter outros filhos.

_Volte para casa e desmanche o quartinho³.

_Foi melhor assim...

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

No caso da mãe enlutada, apontamos a falta de reconhecimento social da sua dor como uma das variáveis deletérias a sua consecução. Evitamos neste trabalho as inúmeras situações aonde o luto encontra obstáculos decorrentes do próprio psiquismo da mãe, dificuldades anteriores à perda do bebê, para podermos delimitar o tema escolhido. Consideramos entre as condições de reconhecimento social os rituais que um determinado grupo observa diante da perda de um ente querido: o tratamento dado ao corpo falecido, procedimentos religiosos, expectativas de recuperação num lapso de tempo.

Qualquer um é capaz de reconhecer que a cena de sepultamento não se baseia na realidade da existência de uma pessoa. Melhor dizendo, ninguém se espanta nem considera

patológico o hábito de depositar flores sobre um túmulo de uma pessoa querida. Ao mesmo tempo, sabe-se que a bem da realidade a pessoa que se homenageia neste ato não está lá. Todo o ritual com o cadáver; sua limpeza, vestimenta, velório, cremação; é absolutamente anacrônico quando visto a olho nu. Nem por isso, prescindimos deste prolongamento da existência do outro como forma de elaboração de sua perda.

No luto perinatal nem sempre é reconhecido o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são realizados não deixam de criar certo constrangimento. Estas diferenças no tratamento destes casos, tanto no aspecto da expectativa de uma recuperação instantânea quanto no fato de nem sempre lhe serem concedidos rituais fúnebres, revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o status de morte de filho. Não nos cabe avaliar os procedimentos recomendáveis em cada ocasião mas, pelo contrário, ressaltar que o que convém ao entorno e o que é desejável pelos pais nem sempre coincide e que só uma escuta sensível poderá revelar estas diferenças.⁴

Vejamos o que se passa no âmbito da mãe e veremos que se trata de uma verdadeira “confusão de língua”⁵ entre mães de bebês e pessoas que não tenham passado pelo mesmo evento ou que, havendo passado, param de reconhecê-lo como tal⁶.

DO QUE É FEITO UM BEBÊ?

A chegada de um bebê que possa se constituir como bebê humano pressupõe sua espera. É na antecipação de sua chegada, tecida a partir de identificações e fantasias que algo da ordem da ambiência psíquica pode ser construído para recebê-lo. Bleichmar (1994)⁷ nos fala de um compartilhar do narcisismo da mãe que dá empréstimo narcísico ao filhote humano recuperando um termo em desuso, o “ego auxiliar materno”:

“Duas conclusões podem ser tiradas: em primeiro lugar, que o ego não se constitui no vazio, se não sobre a base das ligações prévias entre sistemas de representações pré-existentes; e que estas ligações consistem, inicialmente, em investiduras colaterais (...). Em segundo lugar, que nos incios da vida este ego que produz inibições e propicia ligações do decurso excitatório não está no incipiente sujeito senão que no semelhante humano, e apenas desde esta perspectiva é que se pode falar, retomando uma expressão que caiu bastante em descrédito nos últimos anos – e com acerto-, de um “ego auxiliar materno”, que não provê apenas os recursos para a vida senão que inscreve, de início, estes recursos em sua potencialidade de

“pulsão de vida”, quer dizer, de ordenamento ligador que propicia uma articulação da tendência regulada à descarga.” (BLEICHMAR, 1994)

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

Quando Winnicott nos fala da Preocupação Materna Primária⁸, não deixa de apontar o quanto de patológico haveria neste estado fora do contexto do ciclo gravídico-puerperal:

“Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recupera-se dele. (Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. *Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre este risco.*)” (WINNICOTT, 1988). Grifo nosso.

Algo da discriminação entre real e imaginário torna-se tênue. O objeto vai sendo investido libidinalmente a partir deste lugar de projeções e identificações. O narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, ir fazendo o luto da fantasia. Sem esta construção de um “berço psíquico” feito pelo adulto que cuidará, o bebê viveria a catastrófica experiência de queda da construção psíquica, deslizando da ordem do humano, ficando aquém da possibilidade de constituição de um Eu, vivendo o puro real do corpo.

Por outro lado, quando o bebê se mostra impossibilitado de preencher minimamente estas densas expectativas (malformações graves), quando não há depositário deste narcisismo materno, quando o objeto não pode receber esta catexia libidinal, como fica o psiquismo desta mulher? Partimos do pressuposto de que há uma mãe desejante em toda gestação, mesmo que impere a ambivalência. Não está dado à observação fácil a quais desejos a gravidez vem corresponder, mas é facilmente identificável a existência de um lugar de expectativas, medos e anseios que lhe dizem respeito.

O LUTO EM FREUD

Em “Luto e Melancolia”, Freud nos aponta que o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento. Para que o luto seja realizado ele indica algumas condições que o psiquismo vai realizando⁹ com a ajuda do tempo. Entre elas vemos superinvestimento e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, o teste de realidade, o reconhecimento social da dor do sujeito, a elaboração da ambivalência, o tempo.

Vejam como estas situações se aplicam ao luto perinatal. Vimos que para a mãe a construção do vínculo com o filho sonhado precisa preceder à chegada do bebê, mesmo que esta construção tenha a precariedade do desejo da menina de ter um bebê, é deste material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê, em casos de má formação grave. A mãe busca reconhecimento do filho perdido enquanto que para as pessoas que a acompanham fica difícil vislumbrar o que ela perdeu, numa alusão à identificação que o sujeito faz com o objeto perdido e que Freud¹⁰ atribui ao quadro melancólico. Quando os rituais são realizados (em caso de óbito pós-termo, por exemplo), ainda assim, os pais costumam ouvir declarações de que seus bebês são substituíveis e sofrem pressão para acelerar o trabalho do luto, como as acima citadas.

A forma que a mãe tem de receber este bebê percorre o caminho da identificação narcísica e a sua perda, enquanto objeto narcisicamente investido, aponta para o risco de um quadro de luto patológico ou de depressão branca (GREEN, 1988)¹¹, incompreensível para aqueles que se atém ao tempo de convívio entre pais e bebê. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para elaboração deste tipo de luto tendam a ser negligenciadas.

Acreditamos que o teste de realidade é um dos meios facilitadores para a consecução do luto normal. Estudos mostram a melhoria do sofrimento dos pais quando estes são incentivados a lidar com o bebê real, incluindo-se casos de má formação grave¹². Estes procedimentos, *quando em conformidade com o desejo dos pais*, favorecem o teste de realidade que permite descatexizar o objeto subjetivamente investido.

A questão do tempo tende a ser subestimada e alguns pais têm um ímpeto e são incentivados a terem “logo” outro filho numa tentativa de preenchimento do vazio

angustiante. A clínica psicanalítica é repleta de alusões a casos de tratamento de crianças que foram “colocadas” no lugar de um falecido irmãozinho com grande prejuízo psíquico.

As más formações reavivam os fantasmas das deformações e monstruosidades que povoam o psiquismo dos pais durante toda a gestação, trazendo a cena temida para a realidade. Assim também a morte de uma criança aciona fantasias relativas à perda do “bebê maravilhoso” que já fomos um dia para nossos pais e da qual temos que prescindir para nos tornarmos pais, nos maravilhando com o filho que ocupa agora um lugar outrora nosso. Como nos aponta Leclaire (1977)¹³:

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

A morte do bebê reaviva fantasias da morte do “bebê maravilhoso” com o qual temos que lidar incessantemente numa permanente relação de destruição e ressurgimento.

O senso comum tende a atribuir a vinculação da mãe ao bebê como algo decorrente do tempo cronológico, de uma certa forma, isto é verdade, pois é claro que o convívio configura e estreita laços afetivos. O que se costuma negligenciar é que a formação de vínculo se assenta sobre as entranhas do psiquismo materno desde sua formação e deve a um certo empréstimo do narcisismo da mãe sua potencialidade. Portanto, quando a mãe se encontra privada de seu objeto previamente investido, mais do que nunca devemos respeitar e propiciar as condições para a elaboração do luto normal.

DESMENTIDO E TRAUMA

O potencial patológico do óbito perinatal atualiza-se diante do tratamento dado a estas mulheres. O trauma se configura na relação com o desmentido. O desmentido da experiência subjetiva revela-se como reiteração do evento traumático confiando-lhe um lugar de representação dissociada no psiquismo. Segundo Uchitel (2001):

“A memória do acontecimento (nem sempre faltante) não é o traumático, ele não é mais, como Ferenczi fala, do que a prova real do acontecido. O que resulta traumático é a experiência que põe em dúvida o sistema – até então confiável – de relações, representações e valores, que ataca o *self* e suas construções, pelo qual nem o si mesmo nem os outros serão mais os mesmos. (...). A descrença, o desmentido, agride o processo de simbolização, coloca em dúvida o sentido de realidade, a sustentação do ego, a percepção e a organização psíquica. O trauma acontece quando não é permitido sentir e saber, quando se impõe outra percepção que tenta negar a existência da própria.”(UCHITEL, 2001, p.117)¹⁴.

Segundo Ferenczi¹⁵, em seu artigo sobre o trauma, o período que antecede a “comoção psíquica” é de autoconfiança e de suposição de se estar seguro. Encontramos esta sensação precisamente na gravidez, que é vivida por grande parte das mulheres como momento de plenitude e poder. Se por um lado, a mulher se sente frágil e ansiosa, por outro, tende a idealizar sua condição atribuindo-lhe o caráter de “benção”. Esta fantasia onipotente cria um solo potencialmente propício para o efeito traumático, quando as coisas não saem dentro do esperado¹⁶.

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

Em casos de anencefalia, vemos a parturiente falando da necessidade de reconhecimento da perda de um ente querido, enquanto que a sua volta não se compreende e não se age com sensibilidade ao seu sofrimento, posto que há conceito, mas não há de fato bebê¹⁷.

Há algo do mais profundo desamparo nesta vivência. Não há como inscrever esta perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. André Green nos aponta os efeitos funestos de um luto não elaborado na impossibilidade de mãe deprimida vir a cuidar do restante da prole. Entre os fatores que seriam desencadeantes da depressão

materna e que acarretariam danos consideráveis ao psiquismo dos filhos teríamos, segundo Green (1988) que:

“Penso ser importante sublinhar que o caso mais grave é da morte de um filho com pouco tempo de vida, o que foi compreendido por todos os autores. Insistirei muito particularmente na causa cuja ocultação é total porque faltam os sinais para que a criança possa reconhecê-la, e cujo conhecimento retrospectivo nunca é possível pois repousa num segredo: o aborto da mãe, que deve ser reconstruído pela análise a partir dos mínimos indícios”. (GREEN, 1988, p.247)¹⁸.

Coerentemente com isso vemos que um dos tratamentos eficazes para evitar-se um luto patológico tem sido, em muitos casos, o grupo de pais¹⁹. Pelos motivos acima descritos, compartilhar a dor com outros pais enlutados tem sido uma forma de encontrar reconhecimento do vivido e construir representações que dêem conta da perda.

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

“Eu estava muito concentrado na escuta e, no momento de intervir, pronunciei estas palavras, quase mecanicamente: ‘... porque, se nascer um segundo filho, quero dizer um irmão ou irmã de Laurent’... Antes que eu pudesse terminar a frase, a paciente me interrompeu e exclamou surpreendida: ‘É a primeira vez que ouço dizer o irmão ou irmã de Laurent! Tenho a impressão de que um enorme peso foi tirado de mim’. (...) Assim, para Clémence, o futuro filho que talvez nasça nunca tomará o lugar do seu irmão mais velho, hoje falecido. Ele terá o seu próprio lugar, o lugar que o seu desejo, o desejo dos seus pais e o seu destino lhe reservam. E, simultaneamente, Laurent continuará sendo, para sempre, o insubstituível primeiro filho.” (NASIO, 1997)²⁰.

Evitamos discriminar as diferentes circunstâncias inseridas no óbito perinatal - pré-termo, pós-termo, conceptos anômalos, bebês com más formações - pois acreditamos que o status de filho só pode ser atribuído a partir da subjetividade da mãe e, devido ao estado psíquico peculiar do pós-parto, há que se escutar atentamente a mesma. Dentro desta perspectiva, uma mãe pode ter uma recuperação “espantosa” diante da morte de um filho esperado, enquanto que outra se desorganiza diante da perda de um bebê de poucos meses de gestação. Algumas gestações não chegam a adquirir investimento psíquico suficiente para que um outro seja reconhecido na perda e vemos mais um alívio do que dor, quando são interrompidas. Nem todas as mulheres lidam com esta situação de forma igual.

Consideramos, por outro lado, aviltante que uma mulher capaz de reconhecer que não há viabilidade orgânica em sua gestação, seja obrigada a conviver com uma gravidez e um parto por uma imposição legal e arbitrária²¹.

Não nos cabe recomendar procedimentos ritualísticos adequados, se desejáveis ou não, pois estes só poderiam sê-lo desde a perspectiva do psiquismo dos pais. Para que os pais possam expressar seu desejo há que se evitar constrangimentos e interpelações precipitadas.

O tempo sim é condição que não pode ser desprezada, pois o psiquismo não acompanha a velocidade exigida pela modernidade. No respeito ao desenrolar progressivo do luto pode-se realizar uma escuta sensível e pode-se ajudar os pais a nomearem sua dor evitando maior sofrimento para si mesmos e para gerações posteriores.

¹ Conforme discutido anteriormente no artigo:

IACONELLI, V. *Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do impensável na cena do parto*. In: Revista Percurso, n. 34, Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, 2005.

² FREUD, S. (1917) *Luto e melancolia*. In: Obras completas, vol. XIV, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p.277-8.

³ MERCER, V. R. *Volte para casa e desmanche o quartinho*, in BERNARDINO, L. M. F. & ROHENKOHL, C.M.F. (org.), “O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas”, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002, p. 205.

⁴ O parto de um concepto anencéfalo e o desejo da mãe de que ele seja enterrado pode causar grande constrangimento para a equipe hospitalar e, ao mesmo tempo, ser imprescindível como forma de respeito da dor de uma mãe que se sente enterrando um filho. Não nos cabe julgar aqui o ritual adequado para que estes pais possam lidar com esta perda, uma vez que nossa cultura tem um amplo espectro de formas para fazê-lo dentro do aceitável. Também cabe a nós uma escuta atenciosa dos anseios da equipe que lida com esta situação. Ver sobre isso: IACONELLI, V. In: Op. cit.

⁵ FERENCZI, S. *Confusão de língua entre os adultos e a criança. (A linguagem da ternura e a da paixão)*. In: Psicanálise IV: Obras completas. São Paulo, Martins Fontes, vol. IV, p. 97-106.

⁶ Winnicott nos aponta, quando nos fala do psiquismo da mulher no puerpério, o recalçamento do vivido neste período: “Gradualmente, esse estado passa a ser de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que ultrapassam. *Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida.*” Grifo nosso.

WINNICOTT, D. (1956). *A Preocupação Materna Primária*. In: “Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas”. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 2000, pg 401.

⁷ BLEICHMAR, S. “A fundação do inconsciente: destinos de pulsão, destinos de sujeito”. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1994.

⁸ WINNICOTT, D. *Op. cit*

⁹ FREUD, S., (1917). *Op. cit.*

¹⁰ FREUD, S. *Op. cit.*

¹¹ GREEN, A. *A mãe morta*. In: “Narcisismo de vida, narcisismo de morte”. São Paulo, Ed. Escuta, 1988, p. 244.

¹² KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H. *Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre*. In: “Pais – Bebês: a formação do apego”. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1992, pg. 276-307.

¹³ LECLAIRE, S. “Mata-se uma criança: um estudo sobre o narcisismo primário e a pulsão de morte”. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1977.

¹⁴ UCHITEL, M. “Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma”. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001, p.117.

¹⁵ FERENCZI, S. *Reflexões sobre o trauma*. In: *Op. cit.*, p. 109.

¹⁶ Toda gravidez acaba por ter este potencial traumático uma vez que ela está embasada numa idealização. O nascimento dificilmente corresponderia a tão fantasiada chegada do bebê.

¹⁷ Em recente estudo sobre aborto legal em casos de inviabilidade de sobrevivência demonstrou-se que a escolha entre interromper ou continuar a gestação é fortemente influenciada pela precocidade do diagnóstico. Depois que são sentidos os movimentos fetais e algo da formação de vínculo passa a se estabelecer, a opção pela continuidade é significativamente maior.

SETUBAL, M.S.V.; MESSIAS, T.S.C.; MILANEZ, H.; BARINI, R., “Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais.” CAISM, Departamento de Tocoginecologia UNICAMP, 2005.

¹⁸ GREEN, A. In: *Op. cit.*, p.247.

¹⁹ KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H. In: *Op. cit.*, p. 276.

²⁰ NASIO, J. D. “O livro da dor e do amor”. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997, p.13-14.

²¹ Referimo-nos à ilegalidade do aborto no Brasil - em situações de más formações que inviabilizam a vida - e o prejuízo psíquico dos pais submetidos a este tipo de imposição.

Vera Iaconelli, Psicanalista, Mestre em Psicologia pela USP, coordenadora da Gerar_Escola de Pais, e-mail: geraronline@uol.com.br R: Ferreira de Araújo, 221, cj. 96 Pinheiros Cep 05428-000 São Paulo – SP Telefones: 30326905 com. 30236744 res. cel. 99421912.