



O ESPELHO É CRUEL? UMA EXPERIÊNCIA NO AMBULATÓRIO PÚBLICO

IS THE MIRROR CRUEL? AN EXPERIENCE IN THE PUBLIC CLINIC

Maria Ângela Bulhões

Psicanalista, membro da APPOA, psicóloga do ambulatório
do Hospital Psiquiátrico São Pedro

Correspondência

Pç. Dom Feliciano 78 conj.707
e-mail: mabul@terra.com.br

RESUMO

Este texto trata das questões levantadas pela prática clínica realizada no ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro. A autora apresenta recortes de seu trabalho com um grupo de mulheres melancólicas e busca na Psicanálise a sustentação teórica e ética para avançar na elaboração de um pensamento que articule a psicopatologia com as especificidades do trabalho com as classes populares. O tema da maternidade foi o elo central desta abordagem.

PALAVRAS-CHAVE

Psicanálise. Classe social. Melancolia. Grupo social.

ABSTRACT

This text deals with questions raised by the clinical practice carried out in the clinic of the Hospital Psiquiátrico São Pedro. The author presents clippings of her work with a group of melancholic women and looks in psychoanalysis for the theoretical and ethical support to advance in the development of a thought that articulates psychopathology with the specificities of the work with the popular classes. The subject of motherhood was the main link of this approach.

KEY WORDS

Psychoanalysis. Stratum. Melancholy. Social group.

As perguntas que conseguimos formular acabam orientando nosso processo de investigação sobre a realidade que nos aflige. O trabalho no ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro é a realidade que me desassossega e diariamente leva-me a fazer reflexões acerca do que lá se passa. Bezerra (2001) encerra o texto "Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental" com uma indagação. Ele pergunta: De que modo as condições objetivas das classes menos privilegiadas interferem na apreensão do modelo psicológico predominante? Ao longo de seu texto, ele nos apresenta as diferenças na forma de se relacionar com o mundo subjetivo nas diferentes camadas sociais. Faz-nos perceber que determinadas formas de entender a realidade são completamente aprendidas ao longo de anos de uma educação formal, estabelecida pela cultura vigente. Assim, as camadas mais pobres de nossa população não dividem as mesmas concepções de mundo que as classes mais privilegiadas. O autor considera que essa realidade complexa, à qual estamos submetidos, precisa ser explicitada para que possamos equacionar melhor as formas de intervenção com as quais vamos trabalhar no ambulatório público.

Portanto, é imprescindível a apreensão, por parte dos profissionais, dos códigos dessa cultura, já que em sua realidade diária essas pessoas vivem situações que estão distantes daquelas vividas por quem as atende nos serviços públicos.

A complexidade das situações que encontro em minha prática cotidiana aproxima-me dessas questões apresentadas por Bezerra em seu texto. Cito como exemplo, a situação em que a alteridade, que é necessária para estabelecer as condições de tratamento, pode acabar apenas fixando a autoridade estabelecida pela posição social. O saber dos técnicos pode tomar proporções que calem os múltiplos sabe-

res que possam se desdobrar nos atendimentos. O paciente costuma chegar numa postura de quase gratidão pela vaga que conseguiu no serviço público num momento de muita dor. No entanto, é importante cuidar para que a fala do paciente não seja tomada apenas na sua dimensão de fragilidade, já que essas pessoas chegam ao ambulatório na condição de despossuídas (emocionalmente, economicamente, culturalmente etc.) e a forma de abordagem pode apenas ratificar os lugares determinados socialmente, sem que os participantes prestem atenção a essa determinação.

Na classe popular, a forma de estabelecer o saber sobre os acontecimentos pode ser bastante diferente. As pessoas não estão habituadas a pensarem que o que lhes aconteceu ao longo de suas vidas possa ter relação com a situação em que se encontram no momento atual. A forma biográfica de abordagem, pode não fazer o mesmo sentido para elas que faz para nós, profissionais da saúde. Tentar entender o que está acontecendo à luz de suas próprias histórias contém em si uma forma diferente de pensar.

Com certeza, não são somente as pessoas das classes populares que se colocam nesta condição de desconhecimento e falta de alternativa. Entretanto, a dimensão da necessidade imediata, a responsabilidade adquirida bastante cedo para com a própria vida, escolhas que podem depender das condições econômicas e culturais, acabam interferindo para a limitação de espaço para essa reflexão.

Experiências emocionais difíceis na infância dificultam a condição de subjetivação do sujeito, e podem levar ao sofrimento psíquico. Condições de privação econômica, social e educacional tornam mais difíceis essas situações.

Por outro lado, também sabemos que as condições psíquicas de cada sujeito vão interferir para que ele perceba a realidade de forma a não conseguir intervir nela.

Neste sentido, a articulação biográfica, o resgate da história de vida, é um instrumento potente no processo terapêutico e que possibilita um certo descolamento da realidade concreta, possibilitando novos arranjos psíquicos que poderão intervir para que o sujeito sintase capaz de transformar sua própria vida. Ou, pelo menos, abrir a possibilidade de buscar formas de proteção mais eficientes.

Desde o início de meu trabalho no ambulatório, em 2005, percebo que chegam para tratamento casos nos quais alguns traços comuns se repetem: mulheres que vêm ao ambulatório com histórias de abandono, maus tratos, abuso sexual, violência doméstica e que, mesmo tendo conseguido se relacionar, trabalhar, criar filhos, ao enfrentarem na maturidade alguma situação de perda, entraram numa crise. Agora não conseguem mais suportar sua existência e chegam desamparadas, com o olhar distante e sem condições de investir em mais nada. Verdadeiros cristais de fragilidade, espantadas com elas mesmas por estarem nessa situação. Demonstram um certo constrangimento frente à realidade que vivem, como se tivessem vergonha de contar as situações humilhantes por que passaram e muitas vezes continuam passando.

Qual o tratamento que o sistema público oferece para os problemas de saúde mental? Qual a demanda de quem chega? Qual o lugar da medicação nessa clínica? Qual a possibilidade de escuta? Qual a melhor forma de abordagem? São muitas as questões que formulo diariamente para tentar dar conta dessa prática no serviço público. Essas dúvidas servem de combustível e mantêm aberta a possibilidade de reflexão.

Quando iniciei meu trabalho no ambulatório, já era definido que o psicólogo trabalhava também com grupos. Todos na equipe entendiam o trabalho com grupos como um importante dispositivo terapêutico. A condição

do testemunho compartilhado que o grupo proporciona, e o fato de possuírem histórias que os aproximam e legitimam suas vivências, tornam a experiência do trabalho com grupos extremamente rica. A noção de unidade grupal é a ilusão necessária para o início do grupo, e proporciona um verdadeiro sentimento de união. Bezerra (2001), em seu texto, apresenta a imagem do jogo de futebol como forma de pensarmos o dispositivo do grupo. Ele considera que o terapeuta deve ser o árbitro que apenas possibilita o bom andamento do jogo a partir das regras estabelecidas. Os verdadeiros craques com seus passes perfeitos são mesmo os participantes do grupo. Essa disposição dos lugares me pareceu interessante para driblar as dificuldades que pudessem existir na busca da identificação com o terapeuta. Não me apresentar como modelo parecia fácil, mas como fazê-los jogarem seus significantes de forma a serem trabalhados pelo que diziam? Esse, sim, seria o futebol arte!

Descrevo um recorte da experiência de trabalho com um grupo de seis mulheres que atendo no ambulatório, com o diagnóstico inicial de depressão grave. Elas refletem o perfil dos casos referidos anteriormente neste texto.

Mulheres frágeis que, aos tropeços na vida, conseguiram trabalhar, casar e criar os filhos, mas que, em determinado momento, após alguma perda, entraram numa grande crise.

Num dos dias de trabalho com o grupo, já de início, me perguntaram: porque as pernas falham? Eu indaguei: Como assim? Algumas começaram a falar dessa experiência comum a elas e que chamaram de "cair do nada". Não sabiam o porquê, mas as pernas falhavam e elas simplesmente caíam. Estimulei para que pudessem falar mais sobre o que lhes acontecia e para as associações que pudessem surgir. Fiquei surpresa quando me vi escutando de cada uma o que havia se passado na história com suas próprias mães. Talvez porque, afi-

nal, a base que falhara estava mesmo na origem. Histórias de abandonos e maus tratos violentos vinculados à figura da mãe e, também, do pai foram sendo desfiadas, e em nada ficaram devendo a um filme de terror. Todas possuíam alguma marca no corpo, consequência da extrema violência sofrida na infância, além da marca do desamparo. Nesse momento, as histórias comuns acabaram facilitando para que o horror e a dor pudessem ser divididos.

Busco a teoria psicanalítica para alicerçar meu entendimento sobre esse terremoto psíquico. A Psicanálise nos dá elementos importantes para a compreensão do que causam ao sujeito as experiências de violência e abandono na infância. No texto *A Dor do Melancólico*, Malem (2001, p.147) nos diz:

O que torna o luto tão difícil não é, na verdade, tanto renunciar ao que não é mais, mas sim renunciar ao que faltou ou ao que não adveio. E é por falta de um outro que ceda algo, que faça - desde sua própria falta - acolhimento e envelope de alteridade, envelope para um lugar vazio, um intervalo, origem da carta a vir, que o sujeito não é senão a presa de sua própria crueldade devoradora, reduzido às suas mais elementares necessidades e desesperado de fazer ouvir o que está para além delas: a demanda de amor.

Posso pensar que, no lugar da identificação ao falo, só pode ser encontrada a identificação ao nada, constituindo-se um eu ideal extremamente frágil, num narcisismo primário quase inconsistente.

Em outra ocasião, no grupo, essas pacientes contam sobre a experiência comum a elas de verem vultos, e de ouvirem alguém as chamando por seu nome próprio. Isso já aconteceu com algumas, e continua a acontecer com outras. Esses dois fenômenos, ver vultos, e ouvir o chamado do nome retorna algumas

vezes em forma de interrogação, pois elas não conseguem compreender o porquê disso. Isso me intrigava, e eu tentava entender o que estava em questão nesses fenômenos. S. me fez refletir, após escutar ela dizer: "depois que eu fui ver e vi que não tinha ninguém, parou". S. estava falando sobre a voz que escuta chamar por seu nome algumas vezes. Ramos (2001) nos diz que a identificação com o lugar vazio deixado pelo Outro não deixa de ser uma referência simbólica, já que designa um lugar, mas numa lógica do negativo. Após essa leitura, considere que "ninguém" pode tornar-se uma referência, depois que ela foi ao seu encontro. Os vultos as incomodam pela inconsistência que apresentam, pois as pessoas não acreditam. "Acham que eu estou louca!" "Mas parece tão verdadeiro"! cada uma diz. A aparência deste "parece tão verdadeiro" pode nos dar o tom do rascunho do simbólico. Parece mesmo que algo ficou mal impresso.

Na continuidade do trabalho com esse grupo de mulheres, acabou surgindo o assunto que me levou ao título desse texto "O Espelho é Cruel?" G. entrou contando que tinha ido com as filhas ao cabeleireiro, cortado e pintado o cabelo, e num lapso de sorriso, disse ter gostado. "Eu me olhei no espelho e gostei!" Uma frase que pensei que nunca escutaria dessa paciente, que quase o tempo todo se escondia no canto da sala. Recebo essa notícia com satisfação e lanço para as outras o significante espelho. No que E. diz: "o espelho é cruel". Aquela frase veio plena de sentido naquele momento. Quem é cruel? O espelho reflete o seu próprio olhar. A forma com que se olha é cruel? Porque olhar-se de forma cruel? A forma como foi introduzida no mundo das imagens foi cruel? Essas mães cruéis e abandonadoras, ao não possibilitarem o engate no seu desejo, deixaram suas filhas frente a um espelho cruel? G. dizia que suas filhas haviam vencido ao conseguir levá-la ao cabeleireiro. O olhar das filhas

conseguia sobrepujar o de sua implacável mãe? Parece que realmente houve uma grande disputa entre a pulsão de vida e a pulsão de morte.

No trabalho de escuta das mulheres desse grupo, percebo os traços de infantilidade e fragilidade que nelas perduraram. Os medos que acabam sendo relatados são aqueles das crianças pequenas. Medo do escuro, medo de monstros, medo de andar sozinha e de se perder. Elas sabem que sentem muitos medos!

Consideramos que, na melancolia, resta mesmo a colagem à posição de insuficiência e fragilidade, ligada à ausência de ideais singulares, que acabam lançando o sujeito na dependência do outro, para que esse possa sustentá-lo, já que seus ideais não o sustentam suficientemente. O mundo imaginário, na ausência da sustentação simbólica, pode invadir. Desta forma, este mundo de medos parece tomar sentido.

O que não pôde ser realizado? Em que tempo essas mulheres estão? Mulheres que conseguiram ser mães e que hoje estão na condição de serem cuidadas, muitas vezes, por seus filhos. Lembram-me da música do Chico Buarque, "O meu guri", que diz assim: "Me trouxe uma bolsa já com tudo dentro, terço, caderneta, lenço e patuá, e uma penca de documentos, pra finalmente eu me identificar"... "Boto ele no colo pra ele me ninar"... Existe uma reversão dos lugares.

Esta, como já havia mencionado, não é uma situação incomum de encontrarmos na clínica pública. Questiono se a maternidade acaba sendo a forma de manterem-se identificadas ao falo, e o fim desse tempo (quando os filhos dependiam delas), torna insuportável a existência. Será este um dos gatilhos da crise? G. chega a falar de só esperar a filha de 11 anos não precisar mais dela para poder morrer. Será que o número grande de filhos pode ser uma forma de manter a maternidade viva, e evitar a separação que o

crescimento impõe? Pois como crescer, se a identificação está falhando? Como crescer sem identificar-se? Nesta condição, toda separação será vivida como uma perda, e toda perda vivida como a perda de si mesmo. Lebrun (2008) nos diz que o que caracteriza os humanos é que, se o trabalho de transmitir a lei não for feito na geração que nos precedeu, não há outra solução, senão a de nós mesmos termos de fazê-lo sem que, no entanto, tenhamos sido iniciados. Ele reconhece a extrema dificuldade nesta condição. Precisam fazer nada menos que isso, nos diz ele! Esta falha na incidência da lei acaba sendo transmitida geracionalmente.

Encontramos, então, uma continuidade difícil de ser rompida. O território da repetição está aberto: ou terão o mesmo comportamento violento de suas mães com seus próprios filhos, ou o comportamento demissionário da mãe, que não consegue emprestar seu corpo à transmissão da renúncia necessária à onipotência infantil.

Meu trabalho situa-se neste delicado viés de construção das condições para uma queda que não seja apenas na dor. A construção de uma perda que não seja a dela mesma. Pernas que possam se arriscar a caminhar, sabendo que as quedas fazem parte da vida e que ninguém deve ficar destruído por isso. Meu trabalho será acompanhar, nestes pequenos passos que são dados a cada vez que uma desiste de abandonar-se, que outra abre as janelas da casa, que outra consegue falar de algo que insistia em não ver, da outra que quer tirar a filha de nove anos da cama do casal, etc.. As separações (inclusive a nossa) vão fazer parte da história de cada uma, pois faz parte da história de todos. Não estão mais no tempo daquelas meninas desamparadas. Precisam poder ocupar outro lugar. Poder fazer diferente agora do que fizeram são mães. Como Lebrun (2008) disse:

nada menos que isso! Poder fazer algo para o qual em seu tempo não foram iniciadas. O uso deixar como questão, se o tempo instituído pelo gestor para o atendimento no ambulatório público atende a necessidade deste tempo de construção ao qual me refiro.

Para finalizar, relato o que foi dito por uma paciente no grupo e que considerei bastante significativo. G., que na infância levou muito tempo para iniciar a deambulação, conta que tem medo de caminhar, mas que na semana passada tinha posto um sapato baixo e tinha ido ao armazém, pois queria muito comprar um SONHO que tinha lá! O sonho lhe fez enfrentar o medo de caminhar. Fazer do sonho um significante, talvez seja essa a minha função, lançar os significantes junto com meu desejo, e produzir a condição de ir atrás de um sonho. Reconstruindo a maternidade possível delas/nelas. Lembro de ter usado uma expressão que fez eco aos meus ouvidos. Eu disse: esse grupo são "as meninas dos meus olhos". Elas criaram um lugar de importância. Cruel seria desistir do sonho.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, Benilton Jr. **Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental**. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). *Cidadania e Loucura: política de saúde mental no Brasil*. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- LEBRUN, Jean Pierre. **O futuro do ódio**. Porto Alegre: CMC, 2008.
- MALEM, Sandrine. A dor do melancólico. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 21, p. 141-152, dez. 2001.
- RAMOS, L. Nunes. O supereu nas neuroses de transferência e na melancolia. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 21, p. 109-118, dez. 2001.

Recebida em: 03/08/2009

Aprovação em: 10/11/2009