

Chorar é preciso mas nem sempre possível: Considerações sobre a perda materna numa adolescente¹ -

To cry is necessary but not always possible: Considerations on the mother's loss in an adolescent

"El duelo no se limita al duelo por aquellos a quienes hemos perdido, hay que pensar también en el duelo de una explicación."

Paul Ricoeur

*"Há um tempo de juntar
E um tempo de separar
Aquele que entender
Este curso dos conhecimentos
Toma cada novo estado
Em sua devida hora."*

Chuang Tzu

Karla Moraes Ferraro²

¹ Porto Alegre, dezembro de 2000.

² Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pela PUC-RS. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica da Infância e Adolescência pelo CIPT e Especialista em Psicanálise das Configurações Vinculares - Casal e Família - CIPT. Membro Efetivo, Professora, Diretora do Departamento de Infância e Adolescência do CIPT e Diretora dos Cursos de Especialização: Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias na Idade Adulta e Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência do CIPT.

Resumo: A autora examina os fatores envolvidos no processo de luto pela morte materna na adolescência: A confrontação geracional; as questões relativas a agressividade que evidenciam revivência da possibilidade de sobrevivência do objeto; a relação de submissão e as dificuldades de *holding* da figura materna; as questões relativas a sexualidade; a desestruturação familiar e a dissociação frente a situação da perda e a eleição da paciente como a “*culpada*”. Observa como o modelo proposto por Winnicott pode dar conta da tramitação do processo terapêutico com seus conceitos de falso *self*, *holding* e objeto transicional.

Summary: The author examines the involved factors in the process of fights for the mother’s death in the adolescence: The geracional confrontation; the questions relative of the aggressiveness that evidence the possibility of the object’s survival; the relation of submission and the difficulties of holding of the maternal figure; the questions of the sexuality; the familiar degradation and the dissociation front the situation of the loss and the election of the patient as the “guilty party”. She observes as the model considered for Winnicott can give account of the transaction of the therapeutical process with its concepts of false self, holding and transicional object.

Descritores: mãe morta, melancolia, Bowlby, Aberastury, ambivalência e elaboração.

Keywords: mother deceased, melancholy, Bowlby, Aberastury, ambivalence and elaboration

Estava eu andando pelo parcão, numa tarde ensolarada quando toca o celular; a voz é de um homem que mal consegue falar, chora sem cessar e pergunta se posso escutá-lo. Sento e iniciamos, então, um diálogo onde o choro é a linguagem principal. Apresenta-se dizendo que seu nome é H.; o pediatra da filha foi quem lhe deu meu telefone, já que M. de 13 anos pediu para conversar com uma terapeuta. Relata que está desesperado, a esposa faleceu há dois meses de ataque cardíaco e sem ter nenhum problema prévio de saúde. "Estou sofrendo muito, ela era maravilhosa e mãe de nós três, cuidava de mim e dos filhos". Procuvo palavras de apoio, digo que percebo o quanto estão sofrendo. H. responde que a filha não demonstra, não chorou no enterro e nem fala sobre a mãe. Combino de conversarmos; ele se mostra reticente, insisto e marco hora para logo, reforçando a importância de conhecê-lo, já que é responsável pelos cuidados da menina. Após desligar o telefone, fico triste e penso que as mães deveriam ser proibidas de morrer, pelo menos, até que os filhos passem pela adolescência.

*"...y no obstante esse miedo
esse medo mortal a la muerte
lo hemos sentido todos,
una y outra vez,
atrayente como el vacio,
como el peligro, como el roce
que va derecho al espasmo,
al espasmo que es la sola muerte
que la bestia y el hombre conocen y persiguen."
Xavier Villaurrutia.*

No dia combinado, encontro na sala de espera um homem envelhecido pela aparência triste e cansado; tem 71 anos e aparenta muito mais. Começa a falar e chora. Conta com detalhes como foi a morte da esposa de 46 anos, com quem estava casado havia 16 anos em seu segundo casamento, do qual tem dois filhos: M. uma menina de 13 anos e M. um menino de 10 anos. Do primeiro casamento tem três filhos, todos adultos e casados, sendo que a primeira esposa também é falecida, há vários anos, por imunodeficiência.

"Quando eu acordei pela manhã vi que ela roncava de um jeito diferente, forte. Achei que era cansaço, ela fazia tudo em casa, moramos num apartamento de andar inteiro e ela nunca quis empregada, fazia tudo sozinha. Às vezes, era altas horas da madrugada lá estava passando o uniforme das crianças. Eu dizia para ir deitar, mas ela falava que sabia de sua vida e eu que cuidasse da minha. Ela cuidava de tudo, era nossa mãe. Percebi, aí que não era só ronco. Fiz respiração boca-a-boca, sacudi ela, mas não adiantou".

Logo emerge na minha mente se este homem tem saúde física e emocional para cuidar destas crianças após uma catástrofe dessas. *Como ele irá ver e ouvir o sofrimento da menina? E o menino? Que modelo usarei? Como fazê-lo ver algo de vida neles?* Friedler (1998) considera que a morte repentina de uma figura significativa, especialmente progenitor, provoca crise no sistema de apoio familiar. Assim, o processo de luto de "uma morte repentina" tem suas especificidades. O caráter repentino produz um efeito de *irrealidade* que dura longos períodos. Os sentimentos de culpa e a idealização são exacerbados pelo desaparecimento físico e a morte é vivenciada como uma realização de desejos hostis. A raiva pela impotência de reverter a morte da pessoa querida pode converter-se em agressividade. É um tempo de dor, de desamparo, de agitação que exige muito trabalho psíquico intra e intersubjetivo. Torna-se necessária a contenção adequada dessa experiência singular para que se possa encontrar os recursos necessários que reformulem os laços familiares. Observo que H. sente-se perdido.

Relata que não sabe quais são as atividades das crianças, nem fatos de seu crescimento, pois tudo era feito pela esposa. Pedes que eu converse com o pediatra para saber sobre o desenvolvimento da filha. Lembra que, no ano anterior, o médico já os havia encaminhado para atendimento psicológico, em função da menina apresentar dores abdominais e cefaléias sem causas orgânicas.

“Minha esposa já havia pensado em ir numa psicóloga, mas achou melhor esperar. As duas brigavam muito. A M. é de natureza forte, não obedece. Mas a E. , queria tudo no lugar, não podia ter um pingão no chão. Tanto que no sítio construí uma casa só para ela, que era toda arrumada e uma para mim poder entrar com as botas sujas dos cavalos. Daí eu tomava banho e ia para a casa dela.”

Tenho a sensação que esta família está despedaçada, sentindo-se abandonada e sem cuidador. Sobre o relacionamento com a esposa, refere que era muito bom, embora ela fosse de “natureza forte”. E. queria ter filhos e H. não, mas acabou aceitando o pedido dela. Entretanto, não conseguiam engravidar.

“Achavam que o problema era comigo, em função de minha idade, mas fiz exames e não era. Aí quando entramos na fila para adotar, ela engravidou. Era uma menina, ela sempre quis uma menina.”

Investigando o cotidiano da família, descubro que não possuem televisão, é proibido pela religião evangélica da qual são praticantes. A mãe levava e buscava as filhas na escola, no inglês e faziam aula de piano por sua orientação. Não permitia que fossem de lotação escolar, considerada como sem limites. Por desejo da mãe, M. trocou de escola e repetiu o ano sem ter sido reprovada; isto ocorreu porque achava importante que a menina estudasse em um determinado Colégio da Capital, valorizado pela mãe por impor limites e disciplina. De novo, vários questionamentos aparecem: *Repetir um ano de escola sem ter sido reprovada? Não assistir televisão em casa? Não poder usar calças compridas ou saias acima dos joelhos? Não poder ter amigos que não sejam da religião? Como é tudo isso para uma menina de 13 anos? Conta uma tia que:*

“A mãe de M. nunca tinha tempo para nada. Era uma neurose por limpeza. Tudo perfeito. Nunca levou os filhos num parque. Não puderam ser crianças, era muito rígida. Ela que queria o Colégio X, pela disciplina, era sonho dela. Eu dizia que ela iria enlouquecer a gurria de tanta aula particular.”

Como uma menina sobrevive a toda essa imposição, invasão? Conta também:

“Elas brigavam muito, a mãe resolvia as coisas no tapa. Era uma família de fachada. E tudo não podia por causa da religião... Ela queria muito ter filhos, a M. foi muito desejada, cuidada, mas ser criança não foi.”

Ouvindo esses relatos, pensamos nas questões levantadas por Winnicott (1956) sobre o ambiente, muitas vezes, não ser suficientemente bom, e isto distorcer o desenvolvimento do bebê. *Será que E. foi uma mãe suficientemente boa, como desenvolveu sua preocupação materna primária?* Talvez o tempo traga estas respostas. Entretanto, a questão da operacionalidade e rigidez desta mãe, parecem evidentes. *Ela cuidava, mas os afetos?*

"Certamente, existem muitas mulheres que são boas mães sob todos os outros aspectos e que são capazes de manter uma vida rica e proveitosa, mas que não conseguem atingir esta "doença normal" que as capacita a se adaptar delicada e sensivelmente as necessidades iniciais do bebê" (Winnicott, 1956, p.494).

H. relata que M. desde muito pequena somente se acalmava com alguns tapas. *Será que esta era uma forma de contato estabelecido entre mãe e filha? Será que era uma forma de protesto pela submissão?* Refletindo sobre estas ligações e comunicações entre mãe e filha, novamente pensamos nas contribuições de Winnicott (1960). O estabelecimento do verdadeiro e falso *self* e a submissão do lactente estão presentes no relato. Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa, pode-se esperar que o bebê sobreviva falsamente. Nestas crianças observamos, desde muito cedo, o protesto contra ser forçado a uma falsa existência. Apresentam instabilidade generalizada e outros sintomas que podem desaparecer, mas retornam e de maneira mais severa com o passar do tempo.

"...através deste falso self o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos e por meio de introjeções pode chegar a uma aparência de ser real" (Winnicott, 1960, p.134).

Observamos que a história de M. está repleta de submissões. Apesar de não conhecer a mãe da realidade, temos a impressão de que a menina não teve a oportunidade de confrontar idéias. Assim não lhe sobrou outra alternativa do que a de submeter-se. Se por medo do abandono, por medo de não sobreviver ou se para sobreviver, não sabemos e aguardamos o que aparecerá no nosso relacionamento. Muitas dúvidas e questionamentos caminham ao lado da entrada da terapeuta nesta família enlutada. Em vários momentos aparece raiva, tristeza, medo, a terapeuta se identifica com a mãe morta, com o pai, que mais parece avô e com a menina abandonada. Como nos escreveu Freud (1917) em Luto e Melancolia:

"... a perda de um objeto amoroso constitui excelente oportunidade para que a ambivalência nas relações amorosas se faça efetiva e manifesta."

Em meio a esta ambivalência esta uma menina magrinha, franzina e feinha, porém com postura de gente grande. Fala com desenvoltura e ri, como se nada tivesse acontecido. Enquanto isso, temos vontade de chorar, acho que chorar por nós duas. Chorar pela perda, pela dor e desamparo que estão dentro dela, e agora, também dentro de mim. M, já no nosso primeiro encontro, relata com detalhes e sem afeto como foi no dia da morte de sua mãe:

"eu ouvi barulho, muita movimentação e chamei meu irmão correndo. Estava acontecendo alguma coisa com a mãe. Eu é que chamei o hospital, devia ter chamado o Moinhos, mas só tinha aquele número de emergência. Veio o SAMU e levaram ela para o Pronto Socorro. Queriam que eu soubesse até o peso dela. Fiquei braba, falei que era um elefante."

Neste momento, nos perguntamos que grande responsabilidade M. assumiu, ao chamar a ambulância. A alternativa foi responder que era um elefante. Novamente, mais questiona-

mentos: *Como sobrevive uma menina a tudo isso? É possível superar a culpa de achar que chamou o hospital errado?* Urribarri (1991) escreve que a criança e o jovem sabem da morte do objeto querido, relatam detalhadamente sobre sua vida e o funeral, mas coexiste um desconhecimento paralelo da perda, que observamos através da persistência do objeto idealizado e das fantasias de retorno. Em latentes e adolescentes encontra-se uma limitação quanto a expressão emocional de uma perda. Observa-se a ausência de choro, diferente dos adultos que o permitem livremente. Isto pode estar relacionado com o esforço que fizeram durante o período de latência para controlar suas expressões impulsivas e afetivas. Assim, temem a regressão para um período mais primitivo do desenvolvimento, que os leve à dependência e desproteção. Para eles, este fracasso, provocado pelo descontrole que a tristeza ou o choro prolongado podem provocar, ameaçam seu *status* social adquirido neste período.

Os sentimentos de pena e de tristeza são restritos e normalmente projetados nos outros. Quando se apresentam de forma evidente, não são associados à situação de perda e atribuídas rapidamente a outros motivos. Observa-se reforço na racionalização. Levando em consideração estas contribuições, seguiu-se que M. não quis mais ir ao colégio; é chato, bate no irmão porque também é chato; não quer tomar banho ou dormir cedo. Para ela, todas estas questões estão relacionadas com a implicância dos outros. Não associa com sua tristeza, raiva ou sentimentos de culpa. Estes dados concordam com o autor que traz a racionalização como reforçada neste período, porém, no caso de M. acreditamos que vemos também, um alívio frente a este objeto proibidor, rígido. Assim, assistimos a expressões de algo, quem sabe, mais verdadeiro, do seu verdadeiro *self* expressando-se. M. relata que ficou pouco tempo no enterro da mãe e, segundo a tia, o ato foi cheio de discursos religiosos e o pai “*não falava coisa com coisa, desligou-se do mundo.*”

Fridler (1998) considera os funerais como agentes protetores contra a vulnerabilidade da família, já que permitem a expressão da angústia e reafirmam a pertinência social e familiar. Pensamos novamente na história do bebê M. e questionamos sobre o *holding*, sobre a possibilidade de ser ouvida, cuidada e entendida dentro de suas necessidades, não das imposições. *Onde está o tão fundamental suporte externo, neste momento da morte? De que forma este suporte contribuiu na estruturação do psiquismo da bebê M.? Estas situações estão se repetindo?* Novamente as contribuições de Winnicott (1963), do Medo do Colapso (*Break-down*) nos ajudam: Muitos pacientes têm medo de um colapso, ou seja, de “cair” no impensável; estado de coisas subjacente a uma organização defensiva e relacionado a experiências muito primitivas que denunciam uma falha ambiental. Nestes casos, verifica-se que o ego organiza defesas contra o colapso da organização do próprio ego que se vê ameaçada. Entretanto, o ego não tem condições, no início, de organizar-se frente ao fracasso ambiental, já que a dependência absoluta é óbvia no desenvolvimento humano.

Desta forma, M. possivelmente experimente o medo de um colapso passado que não foi experienciado, uma agonia original que propiciou a organização de suas defesas frente ao ambiente invasivo. *Como poderá esta menina deprimir-se, enfrentar o vazio da morte, se estes acontecimentos ligam-se a uma ameaça anterior, impensada? Como a adolescente M. irá deprimir-se, se o bebê M. não teve chances para elaborar sentimentos tão primitivos?* Como reflete Winnicott (1963):

"Tem-se de perguntar aqui: Porque o paciente continua a preocupar-se com isto se pertence ao passado? A resposta tem de ser que a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado, a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora, (presumindo a função de apoio do ego auxiliar da

mãe, ou analista)” (Winnicott, 1963, p.73).

Dentro desta perspectiva familiar, M. não teve a chance de decidir como iria se despedir-se dos objetos de sua mãe, ou seja, dois dias após o falecimento *as servas* - como são chamadas as *freiras* na religião que freqüentam - retiraram as roupas e os objetos pessoais de E. da casa. Rapidamente procuram afastar a morte da vida de M., arrumando tudo externamente. Desta forma, como a morte veio sem aviso, bruscamente, também, as “coisas da mãe” foram arrancadas dela da mesma maneira. *Será que isto acaba com a dor, jogando-a para longe?* M. não pode olhar para a mãe, para as coisas da mãe, para o mundo feminino desta mãe. Aqui, a retirada do mundo feminino, parece reforçar o medo que ela possuía da adolescência da filha, da sexualidade da menina. Fato representado através dos preceitos religiosos e da conduta infantilizada que a mãe incentivava em M. *Para onde levaram a história da mãe? Como M. poderá então, chorar?*

Acreditamos que o não chorar, apesar de estar relacionado com um temor à regressão, mostra, também, sua ambivalência frente aos fatos. Além disto, ela não se sente autorizada a chorar, pois quem vai ouvi-la? Experimenta desligar-se de maneira brusca, sem aviso, da mãe que por muito tempo procurou mantê-la distante do mundo externo; algo que a morte trouxe com todas as suas vicissitudes. Há um ditado popular que diz mais ou menos assim: “*existem dores tão doídas que secam as nossas lágrimas.*” Talvez, neste momento o mais importante seja sobreviver, para que no futuro as lágrimas possam brotar e adquirir sentido. O relato de M., desprovido de afeto, lembra o de seu pai reclamando que ela não chorou nem no velório. “*Acho que não tá sentindo tanto. Brigava muito com a mãe. A E. dizia: tu ainda vai me matar do coração! Estes dias eu perdi o controle e perguntei se ela queria me matar também.*”

A família da paciente, parece tê-la elegido como culpada, como aquela que incomoda, tem gênio ruim e por isso matou a mãe; chama-se o tempo todo de vaca, e quando questionada, diz não saber porque se sente uma vaca. “*Eu sou ruim mesmo, eu brigo. Não sei... A minha mãe me dizia que a gente brigava muito. Disse que, ainda ia morrer do coração de tanta incomodação comigo. K., será que ela podia ter tido um ataque cardíaco pela incomodação?*” De novo, o medo de colapso e a necessidade de *holding*. Nesta família, M. ocupa o lugar da lata de lixo e a sua mãe, o lugar de idealização. A situação de dissociação contribui para dificultar a expressão dos sentimentos da paciente e levam a pensar num funcionamento psicótico da família. A terapeuta fica com vontade de colocá-la no colo, abraçá-la. M. mantém-se distante, normalmente reclamando de tudo e de todos. Na maioria das vezes, é chata, irritante, colocando-se no lugar de menina má, mantendo-se à distância; ela não sabe se a terapeuta irá sobreviver; então se aproxima bem de mansinho e todos vão sobrevivendo. A cada nova semana, o terapeuta está ali, na mesma hora, no mesmo lugar, um ambiente, um *setting* que procura ser *holding*.

Combinamos com o pediatra para explicar a M. sobre como são os ataques cardíacos; ela gosta e parece aliviar-se, quanto ao real, mas o imaginário, o fantasmático? Teremos uma longa jornada pela frente. Diante do quadro familiar, como a paciente poderá vivenciar o processo de luto do objeto perdido. *Perdido por quê? Perdido por sua culpa?*

Aberastury (1984) discute algumas questões relativas ao luto através de uma novela de Camus, *O Estrangeiro* que conta a história de um homem condenado pela morte de um árabe. No seu julgamento o que mais pesa para a condenação é a conduta que teve no dia do enterro de sua mãe. O personagem é julgado por assassinato, entretanto, em todas as provas contra ele, nenhuma se refere ao crime, mas sim ao dia da morte de sua mãe. Acusam-no de não ter chorado, não ter visto a mãe, de ter ido ao cinema um dia depois, de ter iniciado um relacio-

namento íntimo com uma mulher, enfim, de ter rido. A tia da menina relata: “*eu fiquei com eles no dia da morte da mãe. Quando chegaram com a notícia eu é que conversei com ela. Não caiu uma lágrima. M. só deu um suspiro, parecia suspiro de alívio.*”

Para Freud (1917), as lembranças da pessoa perdida demonstram a ligação da libido ao objeto, porém o veredicto da realidade confronta o ego com a questão da não existência do objeto. Assim, é preciso abandonar o objeto. Impõe-se a escolha; ou partilhamos o mesmo destino – a morte – ou abolimos o objeto. Este processo é lento e gradual. Aberastury (1984) retoma a contribuição de Freud e diz que, frente à escolha de abandonar ou não o objeto, o personagem da novela escolheu condenar-se à morte.

“... para viver a depressão deve-se aceitar que se ama e se odeia, que amor e ódio provém do mesmo eu, que amamos e odiamos ao mesmo objeto... Meursault (o personagem) não pode vivenciar a morte de sua mãe, deve negá-la, porque aceitá-la seria enfrentar simultaneamente os sentimentos de ódio e os de amor que abriga com respeito a ela” (Aberastury, 1934, p.64).

M. está procurando escolher um caminho, apesar da pressão familiar. É um momento de condutas contraditórias, ambivalentes: Não quer mais ir a escola, especialmente quartas-feiras, pela manhã, dia em que a mãe faleceu; critica a escola; começa a usar calças compridas; corta o cabelo, compra revistas; descobre a *Internet* - todas coisas proibidas pela mãe - não quer mais ganhar brinquedos - presentes que a mãe lhe dava -; torna-se cada vez mais agressiva com o pai e o irmão, chegando a machucá-lo fisicamente e diz palavrões, não se preocupando a quem se dirija. Para Urribarri (1991), a dificuldade para abandonar e descaracterizar o objeto favorecem a persistência da fantasia, mais ou menos consciente de retorno do objeto perdido. Procuram realizar ações para trazê-lo de volta, seja através de atos premiados, anteriormente ou pedidos de resgate através de fatos que provocam sofrimento. Deste modo, a idéia subjacente de haver sido responsável pela morte é negada por ações para recuperar o objeto perdido.

Acreditamos ser importante ressaltar as questões desenvolvidas por Winnicott (1950-1955) relativas a agressividade e destrutividade cuja origem se dá na vitalidade e atividade muscular, na motilidade do bebê. A decodificação vai-se dando pelo ambiente e as manifestações ocorrem, inicialmente, de maneira involuntária. A mãe é o primeiro objeto do bebê e deverá aceitar a destruição e sobreviver à onipotência infantil. Assim, no futuro, o bebê poderá encontrar o objeto externo e ter o sentimento de continuidade no seu desenvolvimento. Quando tudo ocorre naturalmente, o bebê adquire uma nova capacidade, a capacidade da inquietude, de preocupar-se com o outro. Dentro desta perspectiva Abadi (1997) escreve:

“A mãe, como diz D. W. Winnicott, deverá ser capaz de conter a descarga agressiva do bebê, recebendo, da parte dele, tanto seu impulso cruel, como também sua capacidade de ocasionar alguma coisa, ‘sem morrer nem vingarse’” (p.57).

Como M. viveu a expressão e contenção de sua agressividade e a da mãe? E, agora, como irá sobreviver, se o objeto se vingou através da morte? Segundo a autora a agressividade é inata, junto com o amor. Sendo que a atitude da criança para com estes impulsos ditará o destino da agressividade e da capacidade de amor de cada um. Assim, dependendo da maneira como os pais oferecem ao seu filho a capacidade de reparar, vai desenvolvendo-se a confiança na atitude amorosa e a aquisição da capacidade de preocupar-se com o outro. Paralelamente

os impulsos destrutivos vão sendo vistos como responsabilidade própria e o auto-controle aparece como forma de preservar o que se ama.

Entretanto, se o ambiente falha, observa-se o desenvolvimento de alternativas patológicas. Uma delas é não aquisição da capacidade para a inquietude, a desesperança frente a capacidade de reparar e a falta de sentimento de culpa, características dos anti-sociais. Outra alternativa é a incapacidade de dominar a agressividade, sendo que o limite externo real e o medo de castigo são a forma de contenção. Observa-se também, como saída para a criança, a submissão aos valores que nada tem de ver com seu mundo interior. Instala-se a neurose com um grande sentimento de culpa. Torna-se impossível experimentar as próprias pulsões devido a repressão ambiental e, em lugar de um ego forte, temos um superego cruel e acusador.

Considerando estas combinações, pensamos novamente nas questões de falso *self* abordadas anteriormente e acreditamos ter sido uma das saídas encontradas pelo bebê M. Entretanto, temos a sensação que a agressividade vem manifestando-se, procurando uma descarga; *quem sabe tentando impor-se frente a vingança ou a morte*. Como M. irá manifestar ou conter sua agressividade? *Quais serão as vicissitudes deste processo, que o destino dará para a sua agressividade? Será que o destino escolhido, possivelmente, pela mãe para manifestar sua própria agressividade foi a morte? Conseguirá construir um destino que não seja vingar-se em si mesma ou morrer?*

Pode-se observar que a paciente está procurando fazer muitas “coisas erradas”, quem sabe, esperando que a mãe volte para corrigi-la, afastando a dor da perda. Porém, acreditamos que M. está, também, experimentando com muita intensidade tudo que não podia. Manifesta-se a dualidade do desejo de retorno da mãe e do livrar-se dela. É a dualidade do verdadeiro e falso *self* que estão evidentes no comportamento da menina. Assim, na relação com a terapeuta, M. espera para ver como ela reagirá. *Será uma mãe rígida, que exige submissão, ou uma mãe permissiva, que permite tudo e demonstra indiferença?* Noutros momentos, M. se mostra triste, silencia; não consegue dormir, fica caminhando pela casa à noite e gripa-se com facilidade. Reclama das empregadas, não quer um motorista, quer decidir a roupa que o pai e o irmão irão vestir (como a mãe fazia), questiona o pai quanto ao dinheiro que possuem e quer controlar o orçamento doméstico, enfim, assume o lugar da mãe na família.

"las manobras defensivas señaladas frente a la intolerancia y la perdida, la expresión de los afectos y la decatectización de objetos, permiten comprender la aparición de variada sintomatología, siendo los más frecuentes las manifestaciones somáticas. La baja en el rendimiento escolar y las dificultades relacionales" (Urribarri, 1991, p.158).

M. explicita seus sentimentos através da ação, que não estão sendo contidos, segurados pela família. O pai mostra-se muito deprimido e se nega a buscar atendimento psicoterápico. Passa a maior parte do tempo em casa, não consegue retornar ao trabalho e fica reclamando das atitudes da menina, sem contudo, conseguir limitá-la quando necessário. Na maioria das vezes é permissivo. Além disso, uma tia (ex-cunhada da mãe) que estava auxiliando na organização da rotina familiar foi morar em outro Estado. M. deprime-se, fragiliza-se, e sua conduta fica cada vez mais agressiva com o pai e o irmão. Esta tia estava ocupando o lugar de um novo objeto feminino que lhe apresentou o mundo mais real. Ela levava a paciente para passear, permitia que usasse calças compridas, maquiagem e, na sua casa, podia assistir televisão. Cabe acrescentar que a tia não pratica a religião da família de M. e este fato era motivo de desentendimentos entre ela e a mãe da menina. *“Onde está o holding, tão necessário num momento como este”?*

A terapeuta sente um misto de raiva e pena deste pai e pensa como proteger M. de todos estes acontecimentos, sem negá-los. Urribarri (1991) acredita que o processo de perda pode ser dificultado pela influência do meio familiar, que também está sofrendo pela perda e não consegue auxiliar a criança ou o adolescente a compensar sua carência e processar seu sofrimento. Neste momento, aparece claramente as dificuldades dos adultos em falar sobre a morte. Para Aberastury (1984), a incompreensão do adulto, sua falta de resposta provoca maior dor e causa problemas. A morte da mãe é um grande sofrimento; falar desta morte não é criar a dor, nem aumentá-la, ao contrário, a verdade alivia e ajuda a elaborar a perda. Bowlby (1982) refere que, tal como os adultos, bebês e crianças, desde pequenos, que perdem uma pessoa amada, sentem pesar e passam por períodos de luto. Os afetos mais intensos e perturbadores provocados por uma perda são o medo de serem abandonados, a saudade da figura perdida e a raiva por não reencontrá-la.

Já Urribarri (1991) assinala que as reações frente à perda nas crianças e adolescentes são diferentes daquelas encontradas nos adultos. Os dados de M. nos indicam que devemos concordar com este autor e discordar de Bowlby e outros autores, que acreditam na capacidade de crianças e adolescentes enfrentarem o processo de luto como os adultos. Pensamos que as crianças e adolescentes sentem a perda, mas a elaboração passa por nuances diferentes das dos adultos. O trabalho de luto parece difícil de ser completado em crianças e adolescentes, já que os afetos originalmente ligados ao progenitor morto podem ser modificados devido a defesas erigidas frente a perda. Algumas vezes, estes sentimentos mantêm-se inalterados, condicionadas pela idealização, o que prejudica o funcionamento egóico. Segundo Urribarri (1991) este perigo é, ainda maior quando a perda ocorre na adolescência, pois o ego está exposto a numerosas pressões e exigências, tanto internas com externas. Neste caso, a reelaboração edípica seja positiva ou negativa vê-se obstaculizada pelas defesas que congelam a relação com o objeto. Destaca os sentimentos de ira e desilusão frente ao objeto por haver desaparecido, ou seja, não estava lá para cumprir o que foi combinado. Estes sentimentos provocam ressentimentos e injúria narcisista frente ao acontecido.

Como M. poderá permanecer no Colégio escolhido pela mãe, se ela, que insistiu tanto, não está mais ali para olhá-la, para dividir suas conquistas. Além disso, porque permanecer numa escola que não foi escolha sua, foi um ato de submissão que, agora, está revestido, também, de traição?

Sabe-se que as crianças necessitam dos pais ou alguém que exerça esta função para o seu desenvolvimento. Na adolescência, a presença dos pais é igualmente importante, para que o processo de descatexização dos pais idealizados da infância ocorra. Para Urribarri (1991) perder um progenitor na infância ou adolescência é perder aquele através do qual nos definimos, diferenciamos e nos identificamos pelo olhar. Esta ausência representa uma ameaça de desapropriação do *self* e ruptura do sentimento de identidade.

Com quem M. vai confrontar a mãe idealizada da infância? A mãe religiosa, rígida, operativa? E a mãe morta? A confrontação geracional, tarefa da adolescência, como vai ocorrer? Os lutos próprios da adolescência como ficarão? Quem está aberto, disponível, nesta família despedaçada para ouvi-la? As questões relativas à sexualidade, à feminilidade?

Consideramos importante retornar às questões discutidas por Freud (1917) em seu

texto *Luto e Melancolia*:

"... Existe, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particular, então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi destruída. O resultado não foi o normal – uma retirada da libido deste objeto e um deslocamento da mesma para um novo –, mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem ser necessárias" (p.281).

Freud (1917) discute neste escrito as formas como o luto pode ser elaborado satisfatoriamente, ou encontrar saídas patológicas, tais como: o luto patológico e a melancolia. Neste sentido, cabe ressaltar que vários complicadores são evidentes no caso e contribuem para dificultar a elaboração da perda materna, dentre eles: a etapa do desenvolvimento – *adolescência* – que por si já possui vários lutos evolutivos que necessitam de elaboração; a confrontação geracional, importante para o estabelecimento da identidade; as questões relativas a agressividade que evidenciam revivência da possibilidade de sobrevivência do objeto; a relação de submissão e as dificuldades de *holding* da figura materna; as questões relativas à sexualidade, que são reativadas na adolescência e pareciam ser negadas e infantilizadas na relação mãe-filha; a desestruturação familiar que contribui para a revivência dos sentimentos relacionados com a ausência de *holding* e contenção familiar; a dissociação frente a situação da perda e a eleição da paciente como a “*culpada*”.

Considerando estes pontos, observamos que as vicissitudes apresentadas no trabalho de luto da paciente contribuem para dificultar a já tão complicada elaboração da perda materna na vida de um ser humano. Apesar destas vivências, M. pede uma psicóloga. É um pedido de ajuda, de socorro, de continência. Como ela diz: “*eu tenho umas loucuras, às vezes, na minha cabeça, quero conversar*”. Explicita, assim, seu pedido por objetos continentais que sobrevivam. Seu pedido por uma boneca *Barbie*, logo nas primeiras entrevistas. “*K. uma Barbie de cabelos bem compridos, prá gente pentear e, talvez brincar*”. *O que será que move este desejo?* *Barbie* está representando um objeto transicional, algo que esteja entre nós para que ela tenha certeza que o terapeuta vai sobreviver. A *Barbie*, como a mãe de cabelos bem compridos, que pode-se transformar, como ela, quem sabe, numa menina adolescente mais crescida, mais feminina. Através da *Barbie-Karla* poderá transformar-se numa mulher sem a presença da mãe. Numa mulher que pode viver, estar viva, aproveitar a vida, sem ter que passar o tempo inteiro limpando a casa. Pela *Barbie-Karla*, elaborar como ser diferente, como ter um futuro diferente da mãe que sempre usava cabelos presos, saias longas, sem maquiagem e, ao mesmo tempo, expressar o seu amor e seu ódio por ela. Descobrir que, todas estas questões não impediram sua mãe de tê-la desejado desde muito cedo. Talvez, tenham proibido sua mãe de viver, de experimentar sua feminilidade e maternidade.

"Não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que está em relação como ela, como algo externo e separado" (Winnicott, 1975, p.30).

M. fica muito feliz quando percebe a *Barbie* lá, a sua disposição. Brinca de penteá-la, arrumá-la. Enquanto isso, fala sobre coisas que sua mãe gostava e que ela gosta e outras que não gosta. Fala do igual e do diferente. Não prende o cabelo da boneca e fica olhando por vários minutos. Faz carinho em completo silêncio. A terapeuta fica, igualmente, em silêncio muito emocionada e questiona se M. está ensaiando ficar sozinha na sua companhia e brincar.

Winnicott (1982) em seu artigo – *Por Que as Crianças Brincam* – escreve que elas brincam por prazer, mas também para dominar angústias, controlar idéias ou impulsos que conduzem à angústia. Barbie é uma maneira de descobrir se poderá ser atendida em suas necessidades e o estabelecimento de uma comunicação, uma ligação que leve a expressão de seus sentimentos. Goldstein (1981) escreve sobre a questão da ilusão e dos objetos transicionais no *setting* analítico. Observa que a disponibilidade analítica assemelha-se ao “*como se*”, proporcionando momentos regressivos de vivências de desilusão e separação que capacitam ao sujeito, pela interpretação, tolerar a dor e criar transições:

“é impossível aprender a separar-se sem a ilusão de novos reencontros gratificantes” (p.157).

Considerando as questões levantadas até aqui, acreditamos que a possibilidade do encontro, do vínculo seguro, que espera a hora de mostrar-se, é a forma de chegar bem de mansinho, e ganhar a permissão de partilhar do mundo interno de M. e, quem sabe, chorar ao seu lado.

Como assinala Urribarri (1991), a abordagem destes pacientes é delicada:

“requiere de un vínculo transferencial positivo y sólido, un marco terapéutico estable, sutileza y tolerancia a la espera de parte del analista, para lograr un progresivo acercamiento al conflicto y un eficaz trabajo en torno al mismo, que es lento, gradual, prolongado en el tiempo y no siempre éxitos” (p163).

Considerações finais

Muitos questionamentos e tarefas como esta caminham ao nosso lado. Que caminhos escolher entre os vários? Muitos podem ser utilizados para esclarecer estas perguntas e, para algumas, certamente não encontraremos trilha. Entretanto, existe uma abertura que parece acompanhar toda nossa trilha, a da ambigüidade. Anne Alvarez (1994) esclarece:

“...Kundera diz que, de todas as contradições, a que existe entre leveza e peso é a mais misteriosa e a mais ambígua. Ele concorda com Nietzsche que o mais pesado dos fardos é criado pelo peso da responsabilidade insuportável – da compaixão, de fato –, mas que quanto mais pesado o fardo, mais próximo da terra está nossa vida e mais real e verdadeira ela é, por outro lado, diz ele, a absoluta ausência de peso faz com que o ser humano se torne mais leve do que o ar, com que ele voe nas alturas, se distancie da terra e de sua existência terrena, com que se torne apenas semi-real, que seus movimentos sejam tão livres quanto insignificantes” (p.139).

Aqui o paradoxo que vivemos, a terapeuta e M. A morte materna vivenciada na adolescência, impõe-se realmente, como um fardo pesado, difícil de ser elaborado. A fase da adolescência, por si só, já está repleta de confrontações, lutas, novas identificações e culpa. Observamos como estes aspectos ficam potencializados, em meio ao luto e precisam de um ambiente suficientemente bom para serem vivenciados. Desta forma, o sofrimento e a dor de uma perda real, misturam-se à dor de perdas imaginárias. Parece tudo muito pesado, impossível de ser representado, significado. É necessário tempo, tempo de espera... Observamos o

peso da mãe operacional, rígida, proibitiva e o desejo, agora, de experimentar intensamente tudo que fora negado. Além disto, um pai avô, incapaz, no momento, de assumir a função *holding* para a menina. Parece tudo apenas muito pesado.

Onde encontra-se então o paradoxo?

Na sua capacidade de se manter viva, mesmo que seja brigando, rindo de sua própria dor, negando muitos sentimentos. Esta é a sua expressão de estar viva. Pede alguém para conversar. Pede uma *Barbie-Mãe-Psicóloga*. Enfim, procura, mesmo que ilusoriamente, imprimir leveza a alguns momentos. Entretanto, não sai voando pelo ar, pede limites, ajuda, contenção. Mostra, assim, que esta mãe deu-lhe algo que, agora, ela precisa confrontar, destruir, para depois, no futuro, elaborar e aproveitar, mesmo que isto a torne diferente.

"Não existe perda sem uma experiência anterior de alguma coisa ganha e seguramente é esse ritmo perene de ganho, perda, ganho, perda, reunião, separação, reunião, separação que constitui os relacionamentos humanos e a vida humana" (Alvarez, 1994, p.141).

Desta forma M. deverá experimentar, através do *setting* analítico, morrer e viver em toda sua plenitude, como experiência emocional. Para que, assim, a leveza e o peso possam equilibrar-se em sua vida.

Referências Bibliográficas

- ABADI, S. *Sem Morrer Nem Vingá-lo (Sobre os Destinos da agressividade)*. In: OUTEIRAL, J. e ABADI, S. Donald Winnicott na América Latina: Teoria e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- ABERASTURY, A. *A Percepção da Morte na Criança e Outros Escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ALVAREZ, A. *Companhia Viva: Psicoterapia com Crianças, Autistas, Bordelaine, Correntes e Maltratados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BOWLBY, John. *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- _____. *Uma Base Segura – Aplicações Clínicas da Teoria do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FREUD, S. *Luto e Melancolia*. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1917, 1915. V. XIV.
- FRIEDLER, R. *Sobre la Dimensión Familiar del Duelo*. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: 1999, p.103-124, n° 1, Tomo XXII.
- GOLDSTEIN, R. *Objeto Transicional de Winnicott: Uma Nova categoria Objetal na Teoria e na Clínica?* Revista de Psicanálisis de APA, Buenos Aires: 1982, p.150-173, n° 1, Vol 38.
- MOURA, M T.; FERRARO, K. M; GONÇALVES, et al. *A Percepção da Morte na Criança – Análise de Casos*. Anais do Iº Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar. São Paulo, out 1992.
- SAKAER, Cristina. *Em Busca de Uma Definição do Luto Infantil*. American Journal of

Psychotherapy. Vol XII, nº2, 1997.

URRIBARRI, R. *Perdida de Seres Queridos en la Infancia y la Adolescencia*. Revista Psicanalisis NA – com Niños y Adolescentes. Buenos aires: 1991, p147-169, nº1, Tomo I.

WINNICOTT, D. W. *Desenvolvimento Emocional Primitivo*. In: WINNICOTT, D. W. Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise 3ª Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1945.

_____ *Agressão e sua Relação com o Desenvolvimento Emocional*. In: WINNICOTT, D. W. Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise 3ª Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1950-5.

_____ *Preocupação Materna Primária*. In: WINNICOTT, D. W. Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise 3ª Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1956.

_____ *Distorções do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro Self*. In: WINNICOTT, D. W. O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos Sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____ *O Medo do Colapso (Brackdown)* (1963). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. e DAVIS, M *Explorações analíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ *O Brincar e a Realidade* Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ *A Criança e seu Mundo*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1962.

Endereço para correspondência: karlamferraro@terra.com.br