

MOMENTOS EXTRAORDINÁRIOS NA SAÚDE MENTAL: COMPARTILHANDO ALGUMAS HISTÓRIAS

MOMENTOS EXTRAORDINARIOS EN SALUD MENTAL:
COMPARTIENDO ALGUNAS HISTORIAS

EXTRAORDINARY MOMENTS IN MENTAL HEALTH:
SHARING SOME STORIES

ROSANGELA RUSSO

*Conversações, Ribeirão
Preto, SP, Brasil*

RESUMO: Neste artigo, a autora compartilha três histórias dos muitos momentos que vivenciou na saúde mental, convidando o leitor a uma reflexão sobre uso das Práticas Narrativas e Dialógicas nesse contexto. Na história de Alice podemos descrever as inquietações desencadeadas pela tensão do terapeuta ao manter uma postura descentrada em uma emergência. No relato de Maria apresentamos, através de um mapa, uma conversa de reautoria em que a história da ação nos leva para o cenário da identidade em busca dos valores, como “andaimes” para tornar sua história mais espessa. A história de Helena nos convida a refletir sobre a importância das sensações corporais e das vozes internas do terapeuta e a construção conjunta de novas realidades. Com esses três relatos, a autora espera contribuir para o uso dessas práticas no campo da saúde mental, além de honrar algumas das pessoas com quem tanto aprendeu e, com isso, honrar a própria história profissional.

Palavras-chave: Práticas Narrativas; Saúde Mental; Reautoria de Vida.

RESUMEN: En este artículo, la autora comparte tres historias de los muchos momentos que vivió en salud mental, invitando al lector a reflexionar sobre el uso de las Prácticas Narrativas y Dialógicas en este contexto. En el relato de Alice podemos describir las preocupaciones desencadenadas por la tensión del terapeuta al mantener una postura descentrada en una emergencia. En el relato de María presentamos, a través de un mapa, una conversación de reautoría en la que el relato de la acción nos lleva al escenario de la identidad en busca de valores, como “andamio” para hacer más espesa su historia. La historia de Helena nos invita a reflexionar sobre la importancia de las sensaciones corporales y las voces internas del terapeuta y la construcción conjunta de nuevas realidades. Con estos tres relatos, la autora espera contribuir al uso de estas prácticas en el campo de la salud mental, además de homenajear a algunas de las personas de las que tanto ha aprendido y, al hacerlo, honrar su propia historia profesional.

Palabras clave: Prácticas narrativas; Salud mental; Reautoria de la vida.

ABSTRACT: In this article, the author shares three stories from the many moments she has experienced working in mental health, inviting the reader to reflect on the use of Narrative and Dialogical Practices in this context. In Alice's story, we can describe the concerns triggered by the therapist's tension in maintaining a decentered stance in an emergency. In Maria's story, we present, through a map, a reauthoring conversation in which the story of action leads us to the setting of identity in search of values, serving as “accaffolding” to make her story thicker. Helena's story invites us to reflect on the importance of the therapist's bodily sensations and inner voices and the joint construction of new realities. With these three accounts, the author hopes to contribute to the use of these practices in the field of mental health, while honoring some of the people from whom she has learned só much, thereby honoring her own professional journey.

Keywords: Narrative Practices; Mental Health; Life Reauthoring.

<https://www.doi.org/10.38034/nps.v33i80.801>

Recebido em: 09/06/2024
Aceito em: 04/11/2024.

INICIANDO UMA JORNADA

A primeira vez em que entrei em contato com as ideias de Michael White foi durante um curso de Terapia Familiar Sistêmica na década de noventa. Na época, ainda me encontrava inserida na linguagem estruturalista sobre as necessidades psicológicas, presa em uma história dominante de *self* único – consequentemente, em uma história única –, envolvida na noção de distúrbios baseados em conflitos internos.

Durante esse período, comecei a ser tocada pelas ideias de Bateson e sua citação de Korzbski de que o “mapa não é o território” (Bateson, 1991, p.479) e de que o observador modifica aquilo que observa. Contudo, ainda acreditava que o território de fato existia. Somente após ampliar meu olhar com a perspectiva Construcionista Social, fui me dando conta de que a universalidade do “território” também é uma construção social datada cultural e socialmente. Segundo Gergen & Gergen (2010), tudo aquilo que consideramos real é resultado de uma construção social e, quando definimos que determinado território é real, sempre falamos a partir de uma tradição cultural.

Conhecer a proposta de trabalho de Michael White causou-me inicialmente uma sensação de vertigem, foi como se o chão escapassem. Como se o mundo que eu conhecia, tão robustamente estruturado, tivesse se desmanchado. A pessoa não é o problema, o problema é o problema (White e Epson, 1990). Com essa frase tão simples, são removidos paradigmas e desnaturalizados os fenômenos psicológicos como características individuais, inserindo os problemas como produtos cultural e historicamente construídos, modificando a prática da psicoterapia e as concepções de doença mental que a acompanham. O problema passa a ser descrito como separado da pessoa, possibilitando um maior agenciamento ao lidar com ele e provocando uma revolução em várias áreas clássicas do saber.

Participei em 2005 de um Workshop com Michael White em Salvador (BA), em que ele revolucionariamente nos brinda com conceitos diferentes da tão conhecida “Teoria da Cebola”, saindo da metáfora de camadas superficiais e profundas, para o contraste entre fino/espesso, e apoiando sua prática nesses conceitos. Achei-o brilhante e, ao mesmo tempo, fiquei confusa, escrevia e reescrevia em cima das folhas do projetor, fazia mapas que, para mim, na época, eram difíceis acompanhar; quando compartilhava suas histórias, porém, não havia nada igual. Recordo-me da impressão de magia que sentia ao ouvi-lo falar ou assistir vídeos sobre seus atendimentos, havia uma virada tão rápida que eu não conseguia entender como era possível.

Apreendi com ele o quanto a vida pode ser descrita como multi-historiada e que há muitas outras histórias para serem contadas além daquelas relatadas apenas pelo ponto de vista dominante. Entrar em contato com versões tão diferentes da mesma história de vida ressoou nas minhas próprias narrativas de atendimento e ampliou a percepção de mim mesma como terapeuta.

No entanto, White (2000) deixa muito claro que não se trata de substituir uma história “ruim” por uma outra “melhor”, nem mesmo de fazer uma prática de revisão da história que acaba anulando o relato dominante, pois com isso corremos o risco de continuar construindo outras histórias únicas. Ao invés disso, as práticas narrativas trazem luz para uma multiplicidade de experiências e de histórias de vida das pessoas e de reconstrução de novas identidades, contribuindo para que ocorra o reengajamento com a história em novos termos.

REVISITANDO MICHAEL WHITE E REFLETINDO SOBRE A MINHA PRÁTICA

Resolvi escolher três histórias das muitas que colecionei no meu percurso na saúde mental, que já traziam em seu bojo o meu contato com a terapia narrativa

e que vou descrevê-las com esse olhar. Selecionei alguns eventos extraordinários, dentro de um contexto estigmatizante, onde o diagnóstico e a pessoa encontram-se muitas vezes mesclados, inseridos em discursos patológicos, o que torna difícil para o profissional escapar da postura do especialista e manter uma posição descentrada. Costumo revisitar estes relatos para me nutrir em momentos em que a desesperança, a descrença e a exaustão no contexto da saúde mental tentam se impor em minha prática com seus discursos dominantes.

É POSSÍVEL MANTER UMA POSTURA TERAPÊUTICA DESCENTRADA EM UMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA?

Fui responsável por uma unidade de saúde mental por alguns anos em uma cidade do interior de São Paulo. Na minha experiência, pude perceber o quanto muitas vezes é difícil manter uma postura descentrada nesse contexto, principalmente diante de algumas situações de emergência. Como coordenadora, muitas vezes uma postura centrada é o que todos esperam de você, expectativa que vem inclusive de você mesma. É a postura que lhe convida a ter um posicionamento de autoridade e saber mais do que o outro sobre suas próprias necessidades, sobretudo em situações que possam expor a equipe ou os frequentadores da unidade a um risco iminente.

Conto a história de Alice¹ como um acontecimento singular que pude vivenciar nessa unidade. Alice chega ao atendimento com um punhal em suas mãos, ameaçando se matar ou agredir qualquer pessoa que chegasse perto. Fui chamada com urgência e, contrariando o protocolo de que deveríamos chamar a polícia, ou fazermos uma intervenção de contenção para desarmá-la e medicá-la a força, optei em conversar com ela e tentar acalmá-la, já que ela se encontrava em pé, acuada em uma parede, com o punhal nas mãos. Segue o diálogo que tivemos:

T: O que a trouxe aqui hoje, Alice?

Alice: Hoje vou para junto do meu pai. Conversamos hoje e ele me chamou para junto dele. (Alice já havia tido diversas tentativas sérias de suicídio anteriormente) Esta noite irei ao seu encontro. Ele está me chamando.

Seu pai havia falecido há alguns anos e Alice muitas vezes mencionava conversar com ele, o que a deixava muito feliz. Eu já havia atendido Alice anteriormente, no decorrer de alguns anos, cerca de três vezes antes deste encontro, e ela havia relatado que evitava contar sobre essa conversa com seu pai para o médico que a assistia, pois sabia que ele aumentaria sua medicação. Segundo ela, todas as vezes que a medicação era aumentada, sentia-se muito mal, mas não parava de ouvir a voz do seu pai e conversar com ele.

Nas poucas vezes que atendi Alice, jamais mostrei dúvida em relação aos seus relatos, jamais utilizei frases que são comumente ditas em um centro psiquiátrico, como “isso é coisa da sua cabeça”. Sempre a escutei com seriedade e me mostrei interessada em ouvi-la. Acredito que essa postura possa ter a convidado a vir me procurar neste momento de crise.

T: Estou aqui pensando o que a trouxe na unidade, já que decidiu que vai embora com seu pai hoje à noite.

Alice: Foi ele que pediu para que eu viesse aqui para conversar com você.

T: Por que você imagina que ele fez esse pedido, para vir aqui conversar, antes de se encontrar à noite com você?

¹ Todos os nomes são fictícios e alguns detalhes das histórias pessoais foram modificados para não possibilitar a identificação das personagens.

Alice: Não sei. (mostrando-se um pouco confusa)

T: O que você contou para ele sobre nossa relação para que ele lhe fizesse esse pedido?

Alice: Ele sabe que você cuida daqui e que algumas vezes cuidou de mim e nunca duvidou do que eu lhe conto. Que você acredita em mim quando falo que converso com ele.

(Neste momento, sugiro que ela se sente na cadeira, já que eu estava sentada desde o começo da nossa conversa, a uma certa distância dela, o que Alice aceita, deixando o punhal sobre suas pernas, mas ainda com as mãos sobre ele)

T: Como seu pai acha que eu posso cuidar de você, já que pediu para que viesse aqui antes de se encontrar com ele? Você conseguiria me contar alguma história sobre o cuidado que seu pai tem com você?

(Alice aponta-me a faca que estava em sua mão)

Alice: Meu pai foi escoteiro e, um pouco antes de morrer, deixou a faca para mim. Ele sabia que depois de ele ir embora eu iria ficar sozinha e deixou a faca para caso eu precisasse me proteger.

T: Você está me dizendo que seu pai valoriza a sua vida e que esta faca significa proteção?

(Alice responde afirmativamente)

T: Estou aqui pensando que talvez ele a tenha enviado aqui para que eu a protegesse. E que esse valor da vida ele também passou para você. É isso?

(Alice novamente consente)

T: Como ele sabia deste encontro que vocês teriam hoje à noite, ele pediu para que você me procurasse e você me trouxe a faca? Você gostaria de entregá-la para que eu pudesse guardá-la para você?

(Alice se mostra indecisa. Estico minha mão. Alice coloca a faca sobre minha mão e começa a chorar muito. Permanecemos em silêncio por algum tempo. Meus olhos também estavam molhados quando voltei a falar)

T: Parece que mais uma vez esse pai cuidadoso a está protegendo. Se ele a encaminhou até aqui, talvez tenha sido para que eu pudesse ajudá-la a não ir ao encontro dele hoje à noite. Será que foi isso?

Alice diz não querer voltar para casa nesta noite e conseguimos que ela pudesse ficar na unidade durante alguns dias. Após a alta, não voltou para buscar a faca. Em um dos nossos encontros, disse saber que eu a estava guardando.

Infelizmente, Alice morreu alguns anos após esse episódio, de uma grave doença que a levou para junto de seu pai. Escrevo esse relato em honra à sua memória e em agradecimento pela confiança que ela teve em nossa relação para poder pedir ajuda. Alice faz parte das minhas lembranças, faz parte do time da minha vida profissional, em que busco ajuda quando se torna necessário reforçar minhas crenças em um processo de saúde mental diferente e que possa ser construído a partir de uma postura descentrada, porém influente, como se refere White (1997).

A HISTÓRIA DE MARIA: OS MAPAS COMO RECURSO PARA SAIR DE UMA HISTÓRIA DOMINANTE

Apesar das minhas atividades como terapeuta, nunca deixei de me sentar também na cadeira da psiquiatria, que é a minha formação de origem. Ao ler um texto sobre

externalização compilado por Russell e Carey (2007), fui alertada sobre o risco que muitas vezes corremos de usarmos a linguagem de externalização em um determinado momento e depois, em outro, linguagem de internalização.

Atualmente, a maneira com que tenho conseguido lidar com essas inquietações é tentando manter um posicionamento descentrado, mesmo com quem procura um atendimento psiquiátrico; isto é, sempre trocar ideias e pensar junto sobre qual tipo de melhora a pessoa está buscando com este atendimento, como ela considera que este tipo de abordagem medicamentosa vai poder beneficiar a sua vida. Sempre deixo claro que estamos tomando uma decisão conjunta e colaborativa. Apesar da minha postura como psiquiatra ser pouco convencional, sei que o espectro do poder que acompanha meus atos sempre estará presente de alguma maneira.

No entanto, a voz da Terapia Narrativa tem estado mais presente em meus atendimentos, enfraquecendo muito a voz e os discursos dominantes da psiquiatria e ajudando-me a assumir uma posição descentrada. A percepção de que às vezes utilizo os dois tipos de linguagem me atinge de uma maneira muito forte e me faz questionar muitos dos meus posicionamentos, e refletir sobre eles. Tenho a compreensão que estou inserida em uma cultura moderna centrada em uma tradição individualista que envolve fortemente os discursos da saúde mental, descrevendo os problemas como uma propriedade interna da pessoa, e a maneira que encontro para tentar não ser cúmplice da reprodução dessa ordem dominante é me mantendo atenta aos meus valores e tendo uma postura descentrada em relação a eles. Segundo White (1997), uma postura descentrada, porém influente, sustenta e oferece possibilidades para os terapeutas conseguirem pensar e atuar de outra maneira, contribuindo para suavizar a exaustão que muitas vezes domina a vida de quem trabalha em uma postura de controle e centrada em seus próprios valores.

Atendi Maria em acompanhamento psiquiátrico com uma história dominante de menos valia, de não se sentir útil, de sempre apresentar queixas de desânimo e falta de vontade. Chega ao atendimento com vários tipos de medicação: antipsicótico, antidepressivo, ansiolítico, estabilizador de humor e hipnótico. Mostra-se indiferente às conversas, fala em morrer, já tendo tido tentativas de suicídio, sendo a primeira aos nove anos e a última alguns meses antes de me procurar.

Como sempre em nosso atendimento, além de avaliar a medicação (lugar da psiquiatria), procuro alguma luz (lugar da terapeuta) que me ajude a não me sentir tão desanimada quanto ela, tão sem curiosidade. Imagino a exaustão dos meus colegas que realizam atendimento psiquiátrico, mantendo-se presos apenas às histórias dominantes de sinais e sintomas. Segundo White (1997), a experiência de exaustão pode ser vista como um sinal para os terapeutas revisarem suas concepções, adotando medidas para renovar seus envolvimento nessas práticas e estabelecer investigações que questionam seus limites na busca de transpor essas fronteiras.

Em um dos nossos encontros, Maria afirma não ter ficado bem durante o mês, que teve muita vontade de só ficar na cama. Descreve-se como completamente inútil. Perguntei se havia acontecido alguma coisa que a tivesse deixado assim e, como sempre, a resposta foi negativa. Refere estar como sempre foi. Essa história de inutilidade parece acompanhar Maria há tanto tempo que é como se ela tivesse solidificado essa forma de vida. Além disso, a grande quantidade de medicação que utiliza há muitos anos também pode ter o efeito colateral de tirar a vontade de fazer as coisas, de só querer ficar deitada. Apesar de me sentir contaminada pelo seu desânimo, tento manter a conversa viva, em busca de algum evento que pudesse contradizer sua história dominante.

Já havia tentado em outro encontro externalizar esse desânimo, sem muito sucesso. Resolvo nesse atendimento procurar outro caminho em busca do ausente, mas implícito que, segundo White (2000), é uma rota possível para participarmos

de forma ativa com outras histórias de vida. Começo a lhe perguntar o que a faz se sentir útil, e novamente obtenho uma resposta negativa: nada. Tento procurar um jeito de chegar mais perto. Pergunto-lhe se nesta semana teve alguma coisa que ela gostou de fazer. Maria é religiosa e diz gostar de levar “a palavra” para as pessoas. Ela já havia contado gostar dessa atividade, mas tenho a impressão de que a ignorei completamente, tendo sido o principal motivo do meu fracasso ao tentar externalizar o seu desânimo. Talvez por estar arraigada aos meus próprios valores, não consegui perceber essa atividade como uma fresta para novas possibilidades.

Desta vez, resolvi explorar um pouco mais o significado dessa atividade para ela. Fala que gosta de ajudar as pessoas, diz ter sido ajudada dessa maneira, estava desesperada, decidida a se matar, e alguém bateu à sua porta. Pergunto-lhe se se sente útil quando faz essa atividade e a resposta é afirmativa. Percebo com clareza que, nesse momento, ocorre um salto, quando saímos do campo da ação, “pregando a palavra”, para o campo de identidade no qual Maria se descreve como uma pessoa interessada em ajudar outras pessoas. Isto tem um valor.

A partir deste ponto, pergunto se ela conseguiria me contar outras histórias sobre cuidar das pessoas em um tempo recente. Maria me conta que no ano anterior seu esposo, que é a pessoa forte da casa, que sempre dá conta de tudo, teve que se submeter a uma cirurgia de emergência. Nessa época, Maria se encontrava do mesmo jeito que está agora, deitada o dia todo, sem disposição para fazer qualquer atividade. O susto em ver o esposo tendo que ser internado a fez levantar da cama e ir com ele ao hospital. Após a cirurgia teve que cuidar dele, preocupar-se com a alimentação, cuidar da economia da casa. Cuidar dos dois filhos.

Descrevo esse episódio como um acontecimento extraordinário, como denominado por White e Epston (1990), na vida de Maria, e que rompe com a história dominante de desânimo e de não dar conta de fazer as coisas, em que o marido é a pessoa forte e ela é sempre incapaz. Pergunto-lhe o que ter tido essas ações dizem sobre ela e obtive como resposta que ela também é capaz de cuidar das pessoas e não só ser cuidada. Estamos neste momento construindo uma história de reautoria que desafia a história dominante de não dar conta de se cuidar e ser inútil.

Winslade e Hedtke (2008, p.6), ao comentarem a prática de Michel White, dizem:

[...] ele defende o treinamento para perceber traços de histórias subordinadas. Ele afirma que sempre há vestígios destas e está constantemente à procura de pontos de entrada para essas histórias subordinadas, de forma que se tornem conhecidas, para que possam emergir das sombras das histórias dominantes, tornando-se mais visíveis.

A história subordinada que Maria nos narra apresenta como sua identidade ser uma pessoa que valoriza o cuidado com o esposo e com os filhos, que considera importante que os filhos não falem à escola, que possam ter uma boa alimentação e que possam perceber que ela também dava conta de cuidar deles. Também que realizar essas ações de cuidado ajudou a diminuir o medo das crianças em relação à saúde do pai. De repente, Maria estava me contando uma outra história de vida em que não estava presente nem o desânimo, nem a inutilidade. Eu estava diante de uma mulher competente, com várias habilidades como cuidadora e com valores a defender. A compreensão de ser uma inútil havia se modificado.

No dizer de Russell e Carey (2007, p.27) sobre conversas de reautoria:

Conversas de reautoria têm lugar entre um terapeuta e a(s) pessoa(s) que lhe(s) procura(m) e envolve a identificação e a co-criação de linhas alternativas

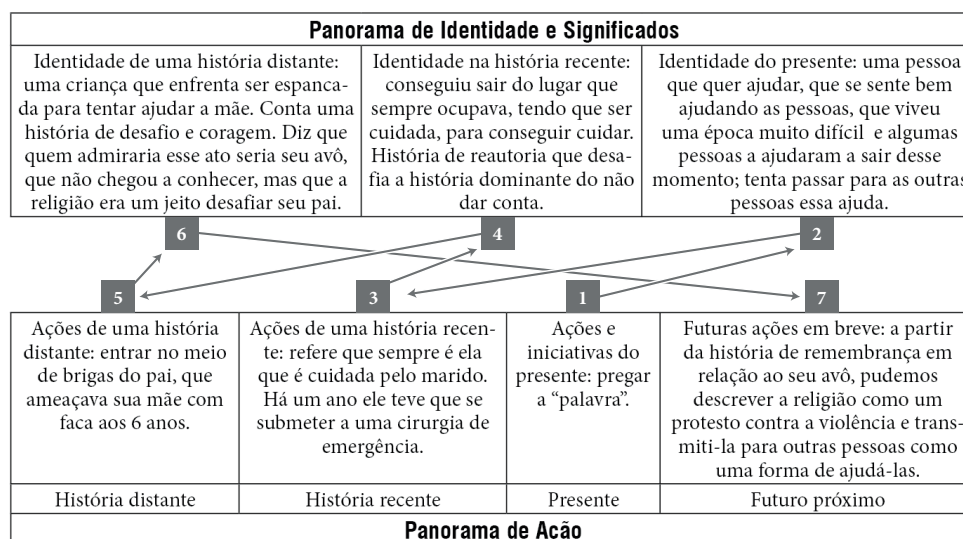
de identidade. A prática de reautoria é baseada na suposição de que, possivelmente, nenhuma história pode condensar a totalidade da vivência das pessoas: sempre haverá inconsistências e contradições. Sempre haverá outros argumentos e enredos que podem ser criados dos eventos de nossas vidas.

Peço-lhe então para que volte para uma época mais distante em sua vida, na qual esse valor de cuidar pudesse ser notado. Maria refere ser a filha caçula de uma prole de três irmãos, dois homens e ela mulher. Seus pais bebiam e brigavam muito. Desde os seis anos de idade, presenciou seu pai bater em sua mãe e ameaçá-la com faca, entrava na frente dele para tentar protegê-la. Refere ter sido a filha que mais apanhou. Pergunto-lhe quem ela acha que admiraria essa coragem e esse cuidado dessa menininha. Maria responde que seria seu avô. Fico sabendo que, esse avô, ela só o conheceu através das histórias contadas, pois morreu muito antes dela nascer. Sabe que esse avô tinha a mesma religião que a sua, e que seu pai brigava muito com ele por causa dessa religião.

Neste momento, estamos tendo uma conversa de lembranças. Como citado por Russel e Carey (2007), esse termo foi criado pela antropóloga Bárbara Myerhoff, significando um tipo especial de recordação e introduzido por Michel White no contexto de que as ideias sobre identidades das pessoas são moldadas por aquilo que pode ser entendido como “clube de vida”. Não significa apenas recordar, mas perceber os membros que têm importância em nossa vida.

A partir daí, conversamos o quanto ter assumido essa religião tornou-se um ato de protesto contra a violência e transmiti-la para outras pessoas é uma forma de ajudá-las na superação de momentos difíceis em suas vidas. Quase próximo ao término do nosso encontro, falamos um pouco sobre a medicação e a consulta psiquiátrica terminou. A medicação e a consulta, que poderiam ter ocupado o lugar da história dominante no nosso encontro, deram lugar para outras histórias de vida muito mais amplas, histórias de valores e de luta.

Figura 1 - Mapa de reautoria produzido pela autora, seguindo modelo do diagrama elaborado por Mark Hayward em material didático compartilhado durante uma aula do curso de formação em Terapia Narrativa e Trabalho Comunitário do Reciclando Mentes.



Baseado nos mapas de reautoria de Michel White (2012) que busca entrelaçar aspectos da história em diferentes tempos (história presente; história recente; história distante; futuro), fazendo interligação com o panorama de identidade.

Esse atendimento foi, para mim, bastante desafiador e ajudou-me a pensar na possibilidade de desenhar um mapa de reautoria que construí a partir das nossas conversas, durante o contar dessas histórias. Fazer esse Mapa de certa forma me convida a sair da história dominante de confusão que eu me referi ao presenciar Michel White fazendo os mapas, para a sensação da utilidade deles, e me ajudou a sair de histórias paralisantes para ricas histórias de vida. (Ver figura 1)

Já havia atendido Maria algumas vezes antes do encontro que produziu o relato acima e que possibilitou a construção desse Mapa. Ela já havia me falado que uma coisa que ela gostava de fazer era “levar a palavra de Deus” para as pessoas, e percebi o quanto demorei a notar que essa atividade poderia ser uma fresta para enxergar alguma luz nesse atendimento, em meio a tanto desânimo. A pergunta que me guiou e abriu espaço para a minha curiosidade foi a seguinte: como uma pessoa que se descreve tão sem vontade consegue sair às ruas, bater de porta em porta e ser muitas vezes maltratada? Como consegue dizer que não tem ânimo?

Ouvi-la falar desse ato em nossos primeiros encontros entrou em contraste com os meus valores, com a minha própria experiência de ter vivenciado situações algumas vezes em que me senti incomodada por atender algumas pessoas tocando o interfone da minha casa, querendo me passar “a palavra”. A minha recusa em atendê-las, a minha indiferença, a minha resistência ao fundamentalismo religioso se manifestou nas primeiras vezes que Maria falou sobre o que fazia e percebo que, por isso, sua fala não me pareceu importante, não gerando curiosidade. Somente após ter feito o questionamento acima pude sair do lugar de julgamento e de uma prática centrada nos meus valores para uma prática descentrada. Não disse para Maria, em momento algum, que não considerava importante o que ela fazia, mas, ao ignorar essa atividade, considerá-la como uma narrativa secundária e sem importância foi uma maneira de dizê-lo.

Dessa forma, meus valores se sobrepuseram aos valores de Maria, embora eu só viesse perceber algum tempo depois que eu estava estabelecendo com ela uma relação de poder. Recordo-me de um vídeo de um atendimento realizado por Michel White que assisti durante um curso de Práticas Narrativas e que me levou ao seguinte questionamento ético: como o terapeuta pode ser fiel a seus valores sem que com isso venha a julgar ou exercer uma atitude de poder com quem está buscando ajuda? É um aprendizado que estou desenvolvendo na minha jornada profissional. No atendimento descrito, pude estar presente com meus valores sem ter que desqualificar os de Maria. Pude ouvi-la com delicadeza e curiosidade e me surpreender quando pudemos descrever a religião para Maria como um ato de protesto.

A HISTÓRIA DE HELENA: QUE AJUDA OFERECER QUANDO O OUTRO QUASE DESISTIU DE LUTAR?

Helena chega ao primeiro atendimento comigo sem nenhum brilho em seus belos olhos, que se mostram encobertos por uma névoa assustadora. Havia desistido de viver. Encontra-se em tratamento psiquiátrico há mais de um ano e já havia usado vários tipos de medicamentos. E sentia que só piorava. Considera que o médico anterior não valoriza suas queixas e não acredita que ela realmente seria capaz de colocar um fim em sua dor e, conseqüentemente, em sua vida – por isso está me procurando. Diz que nunca se sentiu tão sem perspectiva e com tanta vontade de colocar fim em tudo.

Talvez pela experiência que tenho ao lidar há tantos anos com o sofrimento alheio, ou pela permeabilidade que sinto ao me relacionar diante de uma situação tão grave, é como se uma luz de alerta pudesse se acender para mim. Vivencio em meu corpo

e na minha visão, que se torna um pouco turva, uma névoa que parece nos separar. Helena encontra-se em perigo. Torna-se urgente ajudá-la a superar esse momento tão difícil e abrir algumas frestas para que a esperança possa entrar novamente.

Tinha certeza de que não seria apenas a mudança de medicação que colocaria novamente o brilho naqueles olhos, ou faria uma reviravolta rápida em sua decisão com riscos tão iminentes. A voz da psiquiatria, que muitas vezes é dominante neste tipo de atendimento, não foi um convite que resolvi seguir, e ficou apenas como uma voz alternativa para um diálogo que começa a acontecer.

No entanto, tornava-se urgente buscar alguma diferença que pudesse fazer sentido nesse momento. Conforme a conversa avança, fico sabendo que ela pensa em se matar já faz algum tempo e que ficou muito assustada quando se percebeu planejando e construindo a forma que iria agir. Em seu trabalho no hospital como anestesista, acaba tendo muito acesso a medicação injetável e já havia colecionado várias delas para conseguir seu intento. Sentia-se prisioneira desse pensamento, não conseguindo mais se interessar por ou pensar em outra coisa. Essa ideiação foi se tornando uma possibilidade de solução para suas dores, para seu desânimo, para a falta de sentido que via em suas ações e nas ações do mundo em sua volta.

Tenho para mim que, quando atendo um cliente, nunca estou só. Várias vozes do meu time da vida profissional se fazem presentes durante essas conversas. Essa polifonia que me habita, das narrativas de outras pessoas, tanto de superação como de fracasso, também passa a fazer parte da minha narrativa de vida porque, de certa maneira, quando alguém se sente confortável em dividir comigo suas angústias, elas reverberam com as minhas histórias de vida e vão se mesclando e adquirindo um outro significado. E, como já as considero minhas, sinto-me confortável em compartilhar quando avalio que possa ser útil para outra pessoa. Segundo Bakhtin (1988), nossa fala contém em abundância as palavras de outros. Somos formados por múltiplas vozes que conversam entre si e trata-se de uma escolha ética a maneira como vamos utilizá-las.

Enquanto converso com Helena, chega até mim, em meus diálogos internos, (Andersen, 2002) a voz de outra médica que acompanhei em terapia por dois anos. Ela trazia relatos de inúmeras perdas, de muitas dores, além de se sentir muitas vezes responsável pelos seus abandonos. Uma das frases mais marcantes que ela disse em seu luto pelas dores sentidas, foi a seguinte: “o que fiz para merecer ser enterrada viva?” Dizia isso referindo-se a ter sido abandonada durante a gravidez, estando em um relacionamento de vários anos no qual seu parceiro simplesmente deu-lhe um *ghosting*², desaparecendo de sua vida.

Havia tido essa conversa com ela em uma sexta-feira, no início do nosso atendimento, que havia me deixado apreensiva. Tinha nos olhos a mesma névoa que Helena. No domingo, comecei a pensar muito em sua história e passei-lhe uma mensagem, querendo saber como estava passando. Respondeu-me perguntando se poderia abrir a câmera e, ao consentir, encontro-a sentada diante de uma seringa e inúmeras ampolas ao seu redor. Disse que estava pronta para se matar. Diferentemente da história de Helena, eu não havia sido comunicada do seu planejamento. Apenas senti em nosso último encontro que a luz vermelha havia se acendido, percebendo seu olhar sem vitalidade.

Tivemos uma longa conversa naquele dia e conseguimos evitar o quase inevitável. Outras vozes nos povoaram com suas contribuições. Alguns dias depois, recebi uma mensagem com uma linda fotografia e com os seguintes dizeres: “ainda bem que não morri. Teria perdido essa beleza”. Entre as muitas narrativas que Helena compartilhou comigo nesse primeiro encontro, em um determinado instante, senti-me convidada a narrar para ela a história dessa fotografia e perguntei o que iria perder se fosse

2 O termo “ghosting” (derivado de *ghost*, fantasma em inglês) se popularizou nas redes sociais por definir o desaparecimento repentino das pessoas do outro lado da tela.

embora naquele momento. De uma maneira lúdica, começamos a contar histórias que ocorreriam após a sua partida, das quais ela não poderia participar, vibrar ou chorar. Qual herança deixaria para os outros com a sua morte? Quais valores esse desejo de morrer trazia em seu bojo?

Conforme fomos ampliando as narrativas favorecidas pela fotografia, começamos a falar de alguns valores que Helena considerava muito importante e que sua morte iria honrar. Entre esses valores, podemos citar a sua luta contra o patriarcalismo, representado na figura paterna que sempre considerou insignificantes suas vitórias. Refere ter lutado muito para conseguir se valorizar um pouco. Percebe essa voz que a desqualifica também presente em si mesma. Cita como exemplo ter salvado a vida de uma pessoa há pouco tempo em uma emergência e, ao mesmo tempo que ficou feliz, logo a seguir se percebeu dizendo para si mesma: “qualquer um teria feito”. Nesse momento da consulta, dá-se conta de que essa voz pertence ao seu pai e que é essa voz que precisa ser silenciada.

Helena considera que sua morte seria uma maneira de escapar da sina de ser uma figura feminina impotente e sem capacidade de decidir suas escolhas. Também seria uma maneira de escolher. Terminamos nosso encontro com a seguinte reflexão: se ela gostaria de continuar obedecendo ao seu pai e se sua morte não seria a vitória do patriarcalismo ao invés de ser sua luta contra.

Em nosso segundo encontro, Helena já era uma outra pessoa. O brilho em seus olhos denunciava que a névoa já estava se dispersando. Em nossa conversa, eu quis entender o que havia feito diferença em nosso primeiro encontro, que havia modificado de certa forma sua maneira de estar no mundo. Helena disse que toda a conversa que tivemos foi muito importante, que olhar a fotografia e pensar no que iria perder se desistisse da vida foi uma maneira muito interessante de perceber que poderia continuar a viver de maneira diferente, que havia muitas outras possibilidades que não havia vivido e que gostaria de experimentar. Acredita também que uma reflexão que fez muita diferença foi a percepção de que não queria continuar obedecendo a seu pai e que permanecer viva e lutar pelas suas escolhas seria o melhor caminho em sua luta contra o poder do patriarcalismo.

REFLEXÕES FINAIS

Escrever este artigo está sendo também um trabalho de reautoria do meu percurso na saúde mental, em que pude selecionar algumas das muitas vozes importantes que fazem parte do “time da minha vida profissional”, em suas narrativas singulares e que ajudam a romper os discursos dominantes em momentos sombrios. Além disso, escrever despertou em mim a consciência de que, se essas histórias não forem escritas, irão se perder no decorrer do tempo e não serão mais contadas. Escrevê-las me faz honrar as pessoas com quem tanto aprendi e, com isso, honrar a minha própria história.

REFERÊNCIAS

- Andersen, T. (2002). *Processos Reflexivos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Instituto Noos/ITF.
- Bakhtin, M. (1988). *Questões de literatura e de estética – A teoria do romance*. São Paulo: Hucitec.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social. Um convite ao diálogo*. Tradução de Gabriel Fairman. Rio de Janeiro: Instituto Noos.

- Russel, S.; Carey, M.** (2007). *Terapia Narrativa - Respondendo às Suas Perguntas*. Porto Alegre, Pacartes.
- Winslade, J.; Hedtke, L.** (2008), Michael White. Fragments of na event. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work* No. 2. <https://researchcommons.waikato.ac.nz/bitstream/handle/10289/1543/Winslade%20Michael.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- White, M.; Epston, D.** (1990). *Medios narrativos para fines terapúticos*. Buenos Aires: Paidós.
- White, M.** (1997). The ethics of collaboration and decentred practice. In: White, M.: *Narratives of Therapists Lives* (Part III, pp.192-214). Adelaide: Dulwich Centre Publications. https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2020/01The_ethic_of_collaboration_and_Decentred_practice_Michael_White-1.pdf
- White, M.** (2000). Re-engaging with history: The absent but implicit. In: M. White (Ed.). *Reflections on Narrative Practice: Essays & Interviews* (pp.35-58). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M.** (2012). *Mapas da Prática Narrativa*. Tradução de Adriano Migliavaca. Porto Alegre, Pacartes.
-

ROSÂNGELA RUSSO

Médica Psiquiatra pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Terapeuta Família/ Casal pelo Instituto Famíliae-Ribeirão Preto-SP. Docente do Instituto ConversAções Ribeirão Preto - SP.

E-mail: rrusso2910@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6051-4490>