

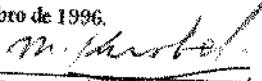
ANGELA MYNARSKI PLASS

**ALGUMAS FORMAS DE RELACIONAMENTO EM
FAMÍLIAS COM ADOLESCENTES DEPENDENTES
OU COM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

**CAMPINAS, SP
1996**

ANGELA MYNARSKI PLASS

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Doutora em Saúde Mental, defendida pela psicóloga **ANGELA MYNARSKI PLASS**, Campinas, 06 de Dezembro de 1996.

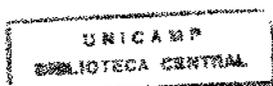

Prof. Dr. MAURÍCIO KNOBEL
Orientador

**ALGUMAS FORMAS DE RELACIONAMENTO EM
FAMÍLIAS COM ADOLESCENTES DEPENDENTES OU
COM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Knobel

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Saúde Mental.

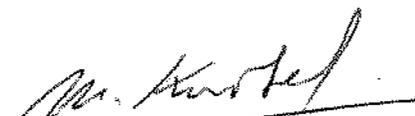
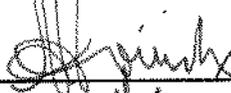
Universidade Estadual de Campinas
Campinas, SP
1996



Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Maurício Knobel

Membros:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data:

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P693a

Plass, Angela Mynarski

Algumas formas de relacionamento em famílias com adolescentes dependentes ou com uso abusivo de substâncias psicoativas / . Angela Mynarski Plass. Campinas, SP :[s.n.], 1996.

Orientador: Maurício Knobel
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Capinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Família. 2. Adolescentes. 3. Drogas. I. Maurício Knobel. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

*Dedico este trabalho ao Renato, e aos meus filhos,
Helena e André, que me propiciam diariamente a
alegria de tê-los como família, e também aos meus
pais, pelas experiências compartilhadas.*

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento inicial é para o Prof. Dr. Maurício Knobel, orientador desta tese, pela sua disponibilidade e pela liberdade que proporcionou ao longo desta pesquisa, possibilitando assim meu desenvolvimento.

Tenho um agradecimento especial a fazer ao Prof. Dr. Roosevelt Cassorla com quem tive os primeiros contatos no Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e a quem considero muito por suas contribuições a este trabalho.

Ao Dr. Sérgio de Paula Ramos que possibilitou a realização deste estudo na Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, e por acreditar na minha proposta de tese contribuindo muito com sua experiência na área da dependência química.

À Dra. Vera Lúcia Lamano, pelos contatos realizados durante o período inicial do curso e pelo modelo de profissional da área de terapia familiar.

À Sandra Moreno, secretária do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, por sua colaboração.

Ao CNPq, pelo suporte financeiro que auxiliou a realização desta pesquisa.

Agradeço também às famílias que aceitaram participar deste estudo e que assim me possibilitaram aprender mais sobre suas relações.

*“A realidade social é um lusco-fusco, mundo de
sombras e luzes em que os atores revelam e
escondem seus segredos grupais”. (Minayo, 1994)*

SUMÁRIO

RESUMO	11
1 - INTRODUÇÃO	13
1.1 - A Família e o Abuso de Substância Psicoativas	18
1.2 - Uma Perspectiva Psicodinâmica sobre o Uso de Substâncias Psicoativas	23
1.3 - Sobre a Obra de Winnicott	34
2 - OBJETIVOS	50
2.1 - Objetivo Geral	50
2.2 - Objetivos Específicos	50
3 - MÉTODO	51
3.1 - O Método	51
3.2 - Sujeitos	61
3.3 - Procedimento	63
3.4 - Análise dos Dados	68
4 - ESTUDO DE CASO	70
4.1 - Dados de Identificação	70
4.2 - Motivo da Internação	71

4.3 - História Progressa	71
4.3.1 - <u>A família de origem dos pais de R</u>	71
4.3.2 - <u>A família de R</u>	72
4.4 - História Atual	75
4.5 - Fatos que Ocorreram nas Entrevistas: Algumas Hipóteses	78
4.6 - Hipótese Psicodinâmica	80
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
5.1 - Categoria I - Características da Relação Mãe-bebê	89
5.2 - Categoria II - Papel da Mãe	97
5.3 - Categoria III - Papel do Pai	106
5.4 - Categoria IV - Características do Casal Parental	114
5.4.1 - <u>Vivências dos pais em suas famílias de origem</u>	114
5.4.2 - <u>Dificuldades conjugais</u>	123
5.5 - Categoria V - Dinâmica Familiar	129
5.5.1 - <u>O estabelecimento de limites pelos pais</u>	130
5.5.2 - <u>Irmão crítico com o dependente</u>	140
5.5.3 - <u>Condição destrutiva</u>	146
6 - CONCLUSÃO	160
ANEXO	171
SUMMARY	228
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	230

RESUMO

A presente pesquisa visa descrever e tentar compreender algumas formas de relacionamento que famílias com adolescentes dependentes ou com uso abusivo de substâncias psicoativas estabelecem entre seus membros.

O método utilizado foi o método clínico. A técnica foi a entrevista, na qual considerei informações explícitas e também deduzi o significado implícito nos relatos dos membros, buscando algum conhecimento do funcionamento dessas famílias.

Ao longo do trabalho percebi que cada família tem uma realidade única; entretanto, dentro da individualidade de cada grupo familiar, encontrei aspectos comuns à maior parte delas, os quais agrupei em cinco categorias que constituem os resultados.

A primeira categoria diz respeito às características da relação mãe-bebê e nela identifiquei dificuldades. Na segunda categoria, papel da mãe,

encontrei superproteção das mães, especialmente em relação ao filho dependente químico. Mas foi no contato com essas mães que percebi maior disponibilidade afetiva dentro do grupo familiar em relação ao dependente químico. A terceira categoria, papel do pai, se caracterizou por figuras paternas que se afastaram ou foram afastados de suas funções. Na quarta categoria, características do casal parental, observei que os casais tinham dificuldades conjugais anteriores ao desenvolvimento da dependência química dos seus filhos. E na quinta categoria, dinâmica familiar, surgiram dificuldades dos pais em estabelecer limites ao filho dependente químico, irmãos críticos com o dependente químico e situações familiares diversas que caracterizam uma condição destrutiva dentro do meio familiar.

Nesta pesquisa concluí que as famílias desenvolvem formas de relacionamento que dificultam um desenvolvimento mais favorável de seus membros e, em especial, do filho dependente químico.

1 - INTRODUÇÃO

O desenvolvimento afetivo do ser humano ocorre dentro do contexto familiar. As relações iniciais entre a mãe e o bebê são básicas para a estruturação do mundo interno do bebê. Existe uma simbiose normal nesse período, com uma indiscriminação entre a dupla mãe-bebê - eles se complementam. Aos poucos essa relação simbiótica vai naturalmente se diluindo, e a inserção do pai na relação mãe-bebê é um fator importante de dessimbiotização.

O ciclo de evolução familiar tem início no casamento, continua com o nascimento dos filhos, se estende à adolescência, passa pela independentização dos filhos, atinge o nascimento dos netos e se encerra com a morte das figuras parentais de origem. Conforme Richter (1990), "a presença de conflitos sérios não é sinal de ruptura familiar, a ruptura se dá quando há incapacidade de lidarem com tensões, podendo levar um de seus membros à formação de sintomas".

Para Winnicott (1993), em condições normais nas famílias, os pais assumem a responsabilidade conjunta pelos filhos. Os bebês nascem, a mãe é

apoiada pelo pai e vai criando os filhos. Quando o lar suporta tudo o que a criança pode fazer para desorganizá-lo, ela sossega e vai brincar, mas primeiro precisa testar a estabilidade da instituição parental. Ela precisa de um quadro de referência para ser capaz de brincar. Assim ela não sente um medo excessivo de seus pensamentos, da sua imaginação, podendo seguir seu desenvolvimento emocional. Desta forma, ela desenvolve a capacidade para controlar-se, pois conhece um pouco mais sobre si mesma, desenvolvendo um "ambiente interno".

Basicamente a família tem a função de desenvolver um sentimento de identidade e de individuação que se refere à aquisição de um papel específico dentro da família que permite ao sujeito crescer e se independizar.

Quando há dificuldades no meio familiar, os papéis de pai, mãe e filho são negados, ocorrem confusão e caos, predominando o sentimento de pertencer ao invés da individuação que implica limites, separação. A exclusão e auto-exclusão do pai tanto no âmbito do casal como no familiar deixa em aberto os papéis que lhe correspondem, transmitindo no contexto familiar uma sensação de ambigüidade que provoca ruptura e aparentemente dá poder à mãe na família que, em geral, compensa essa falta com a aglutinação dos filhos.

Segundo Kalina e Grynberg (1985), "a adolescência é um salto em direção a si mesmo, como ser individual. É um intenso e grande desprendimento, não do seio materno, mas do núcleo familiar".

O uso de múltiplas substâncias químicas é muito mais a regra e não a exceção para a grande maioria dos adolescentes. Entre as razões para o uso de múltiplas substâncias estão: o uso de uma segunda droga visando diminuir o efeito da primeira; o uso simultâneo de duas drogas para ampliar o efeito de ambas; o uso de uma droga secundária em substituição à droga primária não imediatamente disponível.

Um estudo nacional sobre o uso de drogas, com exceção de álcool e tabaco, em estudantes de primeiro e segundo graus, em 17 cidades brasileiras, realizado por Carlini, Carlini-Cotrim, Silva-Filho, Barbosa (1990) encontrou que as drogas mais utilizadas são, pela ordem, os solventes ou inalantes (17% dos nossos escolares já os experimentaram), os ansiolíticos e benzodiazepínicos (7%), as anfetaminas e anorexígenos (4%), a maconha (3,5%), os barbitúricos (2%), os xaropes antitussígenos (1,5%), os anticolinérgicos (1%), e a cocaína (0,7%). Estes números referem-se ao "uso na vida", ou seja, aqueles casos em que o estudante utilizou qualquer droga pelo menos uma vez na vida.

Nos Estados Unidos, conforme o *National High School Survey* de 1992, o álcool é a substância química mais comumente utilizada por

adolescentes (88% experimentaram-no), marijuana (36,7%) é a segunda droga mais comum na *high school* seguida pelos inalantes (17,6%), alucinógenos (9,6%), cocaína (7,8%), sedativos (7,2%) e opiáceos (6,6%). Parece que nos EUA a incidência do uso de drogas é maior do que essa, pois 15% dos adolescentes não terminam a *high school* e não foram incluídos na pesquisa, e provavelmente entre eles, existem muitos dependentes químicos (Muisener, 1994).

O abuso de drogas costuma originar-se na adolescência. Está vinculado ao processo normal, ainda que problemático, do crescimento e experimentação de condutas novas, de auto-afirmação, desenvolvimento de relações íntimas com pessoas fora da família. Dentro de uma família se estabelece uma série de relações em que um influencia o comportamento do outro, contribuindo para o sucesso ou fracasso na solução dos conflitos. O conflito internalizado é um processo no interior do indivíduo, mas que pode ser externalizado, assumindo a forma de conflitos interpessoais entre os familiares.

Knobel (1990) refere que os processos intrapsíquicos não podem ser considerados separados dos processos individuais, e estes também não podem ser considerados de forma separada da experiência do indivíduo em relação ao seu ambiente pessoal, da rede social a que pertence.

Podemos considerar a dependência química como um processo cíclico que envolve três ou mais sujeitos, comumente o dependente e seus pais ou pais substitutos. Apesar de seus alardes de independência, a maioria dos dependentes químicos mantém estreitos laços familiares. Nos relacionamentos são demasiadamente dependentes, temem estar isolados ou separados. Por outro lado, em programas de tratamento, quando o dependente químico se encaminha para um desligamento da família, diretamente ou pelo desenvolvimento de maior autoridade, desencadeia uma crise na família. Frente à crise familiar ele acaba por retomar sua conduta de fracasso, e assim o problema familiar se dissipa (Stanton et al., 1988).

O abuso de drogas é influenciado por uma rede complexa de variáveis sociológicas, psicológicas e biológicas. Sejam quais forem as variáveis que afetam o início da adição, a família é um fator crucial na determinação da permanência da adição (Stanton, 1988).

A atmosfera familiar influencia o abuso de drogas. O clima familiar nessas famílias geralmente é descrito como hostil, faltando coesão e cooperação. Denton e Kampfe (1994) encontraram, em seu estudo, que muito da hostilidade e falta de entendimento nessas famílias pode ser o resultado de percepções não acuradas entre seus membros.

1.1 - A Família e o Abuso de Substâncias Psicoativas

Segundo Freeman (1993), "cada família é única em sua forma de lidar com as necessidades e recursos disponíveis para responder aos problemas da vida cotidiana e para dar significado à vida de seus membros".

Existe um modelo biopsicossocial para entender o abuso de substâncias proposto por Muisener (1994) onde são relacionados cinco níveis possíveis de fatores causais: 1) biológicos; 2) variáveis do desenvolvimento psicológico do adolescente; 3) determinantes interpessoais (família e amigos); 4) variáveis da comunidade; 5) fatores sociais. Estes cinco fatores se relacionam entre si. A ênfase neste modelo recai numa tríade de fatores: o desenvolvimento psicológico do adolescente, o funcionamento familiar e as relações com os amigos.

A adolescência é um período da vida marcado por mudanças significantes na estrutura intrapsíquica. Algumas estruturas internas são perdidas, uma regressão normal ocorre visando recuperar estruturas intrapsíquicas da infância precoce e uma eventual estrutura intrapsíquica madura emerge. Familiares e amigos são recursos externos vitais para o adolescente experienciar tais mudanças internas. Estas mudanças psicológicas normais levam o jovem a vulnerabilidade e a várias respostas mal adaptativas, que incluem o abuso de drogas.

Conforme Knobel (1981), "a situação do adolescente frente a sua evolução constitui a 'síndrome normal da adolescência', cujas características essenciais são: 1) busca de si mesmo e de sua identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises de religiosidade; 5) falta de conceito de tempo; 6) evolução sexual; 7) atividade social reivindicatória; 8) contradições sucessivas em manifestações de conduta; 9) separação progressiva dos pais; 10) constantes flutuações de humor e de estado de ânimo". Esta síndrome está muito em função da interação do indivíduo com o meio, o mundo dos adultos não aceita, sem se perturbar, as flutuações imprevistas da adolescência, pois estas mobilizam novamente suas ansiedades sobre as quais tinham obtido algum controle. Por outro lado, o adolescente apresenta uma vulnerabilidade especial para assimilar as dificuldades dos pais, irmãos, etc., tornando-se alvo para carregar os conflitos dos outros.

Para o mesmo autor (1992), o adolescente vê-se frente a processos de luto inerentes a esta fase do desenvolvimento que são: 1) luto pelo corpo infantil, que leva ao fenômeno da intelectualização e *acting-out* físico; 2) luto da identidade e papel infantil, que leva a lidar de forma psicopática com a afeição e o amor; 3) luto pelos pais da infância, que leva a uma distorção da percepção da realidade.

De acordo com Muisener (1994), "há uma causalidade circular entre o desenvolvimento psicológico do adolescente e o funcionamento

familiar, com o clima emocional da família influenciando a forma como o adolescente lida com as mudanças da adolescência, e as transformações desenvolvimentais do jovem influenciando o teor da vida familiar. O adolescente e seus amigos influenciam-se mutuamente na medida em que eles estão co-experenciando múltiplas lutas desenvolvimentais durante esta fase da vida".

A família é o primeiro ambiente *holding* (termo já referido por Winnicott) para suportar o desenvolvimento do adolescente. Quando a família funciona como um ambiente *holding* adequado, o adolescente vai experienciar continuamente segurança e suporte ou um ambiente familiar firme mas flexível que encoraja a expressão apropriada de uma ampla gama de sentimentos e um senso claro em lidar com os temas que surgem no curso da vida familiar. Se a família torna-se fragilizada pelo estresse corre o risco de não funcionar adequadamente como um ambiente *holding* para as necessidades desenvolvimentais do adolescente. Esta situação pode impactar de forma adversa as condições do jovem em sustentar um crescimento emocional adaptativo, que pode se manifestar de diversas formas, incluindo a dependência às drogas.

Alguns fatores da vida em família podem debilitá-la na medida em que são situações estressoras e enfraquecem o ambiente familiar, o *holding* necessário para um travessia tranqüila durante o período da adolescência. Alguns desses fatores são, por exemplo: mudanças na estrutura familiar com

nascimento de uma criança, saída de um filho para estudar fora, morte, separação, divórcio, novo casamento. Dificuldades familiares frente às perdas, lutos etc. podem enfraquecer a capacidade suportiva da família, precipitando um ambiente propício para o abuso de substâncias. O estatus sócio-econômico também pode influenciar o período de passagem pela adolescência e ser uma situação de vulnerabilidade ao abuso de substâncias. Em famílias muito pobres, os estresse estão relacionados à falta de emprego, de moradia, cuidados de saúde limitados ou não existentes, o que pode levar à desesperança, alienação e a uma vulnerabilidade ao abuso de drogas. Em famílias com estatus sócio-econômico médio e alto pode haver falta de responsabilidades significativa e de realização o que leva a uma identidade instável e, portanto, o abuso de substâncias químicas se torna uma opção desejável (Muisener, 1994).

No nível do funcionamento dinâmico de família com adolescentes com abuso de substâncias o mesmo autor observa pais que agem de forma super autoritária ou com um estilo *laissez-faire*, outras vezes os pais funcionam de forma dissociada dentro destes dois estilos, criando uma situação de limites inconsistente. A expressão emocional nestas famílias é muito restrita, ou a família é consumida pela raiva e, nas interações entre seus membros, predominam hostilidade e medo, ou estes sentimentos são reprimidos e evitados a todo custo. Em ambos os casos a família experiência uma falta de intimidade genuína. Esta situação leva a uma falha nas comunicações entre os

membros que se tornam mais fechadas, não claras e reativas, não permitindo assim o estabelecimento do ambiente *holding* no meio familiar.

Da mesma forma que a adolescência é um período da vida no qual o adolescente experiencia mudanças e uma reorganização na sua estrutura intrapsíquica, é também uma época em que a família está experimentando suas próprias mudanças e reorganização da sua estrutura. Esta mudança na dinâmica familiar e o estresse que a acompanha podem ser considerados a crise da fase adolescente do ciclo da vida familiar. Embora essa crise desenvolvimental seja uma transição normal na vida familiar, pode criar um grande movimento no funcionamento familiar. Klimek e Anderson (1988), citados por Muisener (1994), referem estresses desenvolvimentais da adolescência nos pais e cinco tipos de respostas problemáticas destes:

- as necessidades dos pais enquanto indivíduos precedem as necessidades de seus filhos adolescentes;
- resistência à mudança e flexibilidade por parte dos pais (o adolescente requer flexibilidade);
- pais com questões não resolvidas frente à separação e projetadas em seus filhos durante a adolescência;
- pais com questões não resolvidas frente a sua própria adolescência;

- pais que vêem de forma extremamente restrita os problemas comuns do dia a dia da adolescência;

A família é o primeiro ambiente que facilita o crescimento psicológico do adolescente e pode operar como um clima que promove o não desenvolvimento do abuso de substâncias ou como um clima que permite o desenvolvimento do abuso de substâncias no adolescente. Os amigos correspondem à "segunda família" do jovem adolescente e também podem encorajar ou não o desenvolvimento do abuso de substâncias (Muisener, 1994).

Dou seqüência a este trabalho apresentando uma visão geral sobre a evolução dos estudos psicodinâmicos associados ao abuso de substâncias psicoativas.

1.2 - Uma Perspectiva Psicodinâmica sobre Uso de Substâncias Psicoativas

Brehm e Khantzian, em 1992, realizaram uma revisão sobre a perspectiva psicodinâmica no entendimento do abuso de substâncias. Para eles este campo continua em um estágio de pré-paradigma, havendo falta de

concordância entre teoria e tratamento. A seguir apresento o entendimento de alguns autores por eles referidos.

Os escritos psicodinâmicos iniciais sobre a adição refletiam uma forma de entender a psique dentro do modelo topográfico da mente. Foram enfatizados os comportamentos regressivos, causados por conflitos inconscientes, sobre prazeres libidinais, homossexualidade e agressão. Freud entendeu as adições como substituições regressivas do auto-erotismo infantil e exemplos de compulsão à repetição.

Abraham enfatizou o papel do álcool em reduzir inibição sexual em homens. Ele teorizou que homens alcoólicos têm intensos conflitos em relação à homossexualidade, e que o álcool permite que expressem esses sentimentos inconscientes de forma aceitável pela sociedade.

Em contraste com a ênfase, nos aspectos libidinais e eróticos da adição, Glover focalizou primariamente a agressão e o sadismo como fatores fundamentais da adição. De acordo com a visão de que a adição é um mecanismo de natureza defensiva, Glover entendeu o envolvimento com drogas e o sistema de fantasias homossexuais inconscientes relacionadas como uma defesa progressiva contra tendências paranóides, sádicas e contra a psicose. A visão de Glover em relação à adição, como progressiva ao invés de regressiva, marcou o início de uma nova perspectiva na formulação psicodinâmica da adição.

Expandindo as idéias de Glover, Knight descreveu o alcoolismo como "um *acting-out* regressivo de impulsos inconscientes libidinais e sádicos" e como tentativas progressivas de solucionar o conflito. Bebendo, o alcoolista não só obtém gratificações proibidas e expressa hostilidades inconscientes mas também dissolve suas inibições e ansiedades.

Knight foi um dos primeiros psicanalistas a olhar o efeito da interação entre pais e filhos na etiologia do alcoolismo. Ele descreveu as mães de seus pacientes masculinos como superprotetoras e superindulgentes, e os pais como agressivos e dominadores, particularmente no mundo dos negócios. A criança percebe o pai como uma pessoa com quem não pode competir. Influenciada por idéias similares, a pesquisa recente sobre o efeito na relação da díade mãe-bebê e abuso de drogas suporta a importância crítica da "mãe suficientemente boa", conforme descrita por Winnicott.

De acordo os autores deste trabalho o desenvolvimento de teorias contemporâneas sobre o abuso de substâncias tem ocorrido paralelamente com o desenvolvimento da teoria psicanalítica em geral, que tem focalizado perspectivas diferentes da teoria inicial voltada mais para a psicologia dos impulsos. As formulações mais recentes têm colocado grande ênfase no desenvolvimento de teorias estruturais (*ego* e *self*), interpessoais (relações de objeto) e tolerância dos afetos. Para eles, essas novas formulações têm auxiliado na compreensão do sofrimento dos dependentes químicos. Os

autores acreditam que a pesquisa sobre a infância é particularmente importante no entendimento do comportamento aditivo.

As idéias de Freud sobre sonhos e repressão sugerem que deve haver algum processo de pensamento ou mecanismos perceptuais em controle, assim ênfase no ego e na sua autonomia começou.

Formulações sobre o ego e suas funções livres de conflito desenvolveram-se com a psicologia do ego. Os clínicos comentavam sobre as habilidades marcantes do indivíduo em se adaptar ao sofrimento de forma criativa, e essas habilidades foram atribuídas ao ego. Hartmann foi um dos primeiros psicanalistas a escrever sobre as funções do ego e seu desenvolvimento através da aprendizagem e maturação. A função do ego de regular a tensão entre o mundo interno e suas habilidades em achar soluções aos problemas tanto no mundo interno como no mundo externo são de importância primária na autopreservação do homem.

Outra área de importância na psicologia do ego é o conceito de defeito do ego. Anna Freud enfatizou que os defeitos do ego não receberam atenção adequada. Ela diferencia entre dois tipos de patologias: uma, anormalidades causadas por trauma ou conflitos internos, e outra que seriam defeitos na estrutura de personalidade que são causados por irregularidades e falhas desenvolvimentais.

Em um comentário sobre o desenvolvimento do ego, Pine sugere que a auto-regulação interna é suprema para o desenvolvimento saudável do ego. Para a criança que têm a expectativa de satisfação ou alívio, cada expectativa já é um regulador do estado interno. O bebê que chora e chupa o dedo em antecipação de que suas necessidades eventualmente serão satisfeitas é muito diferente do bebê que não tem um senso interno de segurança. Quando traumatizados, esses indivíduos vão procurar sistemas auto-regulatórios fora de si mesmos, via álcool ou outras drogas, relações que incluem expectativas mágicas em relação aos outros ou simplesmente reagem atuando os sentimentos. Deficiências em nível da auto-regulação do ego é um tema central no entendimento do abuso de substâncias.

Através da experiência direta observando crianças e mães, Winnicott descreveu a importância da perfeita harmonização da díade mãe-bebê com a proposta da "mãe suficientemente boa". As experiências precoces do bebê com a mãe têm se tornado cada vez mais importantes no entendimento da etiologia do *self* aditivo. O pensamento contemporâneo sobre o abuso de substâncias tem se centrado em estágios de desenvolvimento estrutural, incluindo funções apropriadas do ego e um senso de segurança do *self*.

Pesquisadores e clínicos têm feito tentativas para entender o desenvolvimento afetivo anterior e posterior ao desenvolvimento da capacidade de representação verbal e mental. A visão genética do

desenvolvimento dos afetos teoriza que os precursores do afeto em recém-nascidos consistem basicamente em um estado de contentamento e um estado de desconforto. Destas duas reações básicas desenvolvem-se todos os afetos adultos. A diferenciação dos afetos é contínua no desenvolvimento normal. E este desenvolvimento se dá através de verbalização e dessomatização. O bebê pode experimentar afeto somente como mudança física ou dor. Na medida em que a criança amadurece, e o *self* e representações de objetos tornam-se parte da vida cotidiana, uma conscientização surge sobre a auto-experiência do sentimento. A criança desenvolve a habilidade de entender sentimentos e comprometer-se em ações a partir dos sinais dados pelos seus sentimentos. Na vida adulta as emoções são expressas em sua maior parte em nível cognitivo, e o componente expressivo é visto menos freqüentemente.

A tolerância aos afetos é um aspecto importante nas adições. Após revisar a literatura psicanalítica sobre o desenvolvimento da tolerância de afeto, Sahin concluiu que a tolerância a afetos é particularmente influenciada por três variáveis: a capacidade de fantasiar, o estado de recipiente interno e a capacidade de verbalizar afeto. (O termo "recipiente interno" é uma tradução livre de *inner container* que é definido como o relacionamento com a "mãe suficientemente boa" que pode tolerar afetos ela mesma e proporcionar ao bebê uma atmosfera suave e provedora).

Embora a literatura não defina especificamente a adição como uma tentativa de retornar à homeostase, os dependentes freqüentemente

descrevem o uso de substância como tentativas de sentirem-se bem, normais, não ansiosos, não assustados, não fora de controle, de sentirem-se *okay*. A premissa dos investigadores contemporâneos nesta área é que as teorias sobre abuso de substância como defesas contra impulsos e defesas contra afetos podem ser entendidas como tentativas do indivíduo de retornar à homeostase ou a uma adaptação que alivie o sofrimento emocional.

Wieder e Kaplan desenvolveram esta perspectiva enfatizando que o motivo dominante para o uso de drogas é o desejo de produzir farmacologicamente uma redução no desconforto que o indivíduo não atinge com seus próprios esforços psíquicos. A criança não consegue manter sua homeostase psíquica sozinha. Ela precisa ter um objeto até o ego amadurecer o suficiente para funcionar por si próprio. Para muitos dependentes de drogas, a substância funciona da mesma forma que um objeto externo. A escolha da droga específica depende da interação entre os conflitos da estrutura psíquica da pessoa e o efeito físico da droga. Assim, as drogas não são escolhidas de forma indiscriminada, elas são escolhidas para funcionar como "próteses estruturais". As falhas e déficits em defesas são devidas a falhas da criança em internalizar um ambiente suficientemente bom. A internalização de um ambiente provedor é o resultado de cuidados adequados.

Com o uso de substâncias, o objetivo do comportamento é de reafirmar um senso interno de potência. Os sentimentos de estar perdido e raiva são controlados através do comportamento ativo de mudar seu próprio

afeto. Em resumo, sendo o foco na defesa de afetos ou na defesa dos impulsos, certamente a literatura enfatiza o sofrimento trágico do dependente e suas tentativas de aliviar ou controlar seu estado emocional. Greenspan sugere que o estabelecimento da homeostase é a realização mais importante nos três primeiros meses de vida. E esta é a tarefa crucial na vida do dependente de drogas, que ele procura constantemente conquistar.

O ego deve servir como um indicador ou como um guia que protege o *self* contra perigos externos, reais e contra a instabilidade ou caos da vida emocional interna. Uma estrutura principal na compreensão do abuso de substâncias enfatiza déficits no nível do *self* em termos de cuidados consigo mesmo, desenvolvimento, auto-estima, relações com objeto e afetos. No abuso de substâncias, o ego faz uma regressão porque não pode manter sua relativa autonomia do *id* e do ambiente. Os dependentes estão à mercê de seus impulsos primitivos e um esmagador senso de necessidade que invade, ou melhor, bloqueia a capacidade de perceber e integrar a realidade objetivamente.

Conforme esta proposta teórica, a incapacidade de proporcionar a si mesmo cuidados está associada a um conjunto de funções do ego relacionadas à ansiedade como sinal, ao teste da realidade, ao julgamento e síntese. A indiferença do dependente em relação ao seu próprio *self* não é primariamente o resultado de motivações inconscientes, como destrutividade,

mas o resultado da falha em adotar e internalizar estas funções dos pais provedores cedo e em subseqüentes fases do desenvolvimento.

Com relação à vulnerabilidades no nível do autodesenvolvimento e auto-estima Jacobson descreveu um *self* psicofisiológico primal, que ele viu como estágio inicial do desenvolvimento humano. Esse estágio, segundo ele, é composto por uma matriz psicossomática indiferenciada, na qual não há auto-representações nem representações de objeto. Gradualmente a criança desenvolve um senso de *self* distinto do objeto, mas estes limites podem se tornar imprecisos em momentos de crise ou quando não existem cuidados como os de uma "mãe suficientemente boa". A imprecisão dos limites cria vulnerabilidades no teste da realidade, que são características de abusadores de substâncias.

Baseado no trabalho de Jacobson sobre o conceito de *self* e objeto, Kernberg descreveu quatro estágios do desenvolvimento humano. Como no conceito de Jacobson, no primeiro estágio há uma matriz indiferenciada do *self* (bebê) e do objeto (mãe). No segundo estágio, *self* e objeto não estão diferenciados mas são representados por estruturas internas, objetos do *self*, que tem memórias afetivas tanto positivas como negativas. No terceiro estágio, o *self* e o objeto são diferenciados, mas não há uma integração entre *self* bom e ruim ou entre mãe boa e ruim. A mãe que frustrar é totalmente má e a mãe que gratifica é totalmente boa. No estágio final a criança integra o *self* e o objeto positivo e negativo. Quando este estágio é alcançado, a criança tem um

senso estável e coeso do *self* e uma representação constante da mãe. As frustrações são toleradas devido à internalização, menos do que perfeita, do amor de quem cuidou do bebê. As necessidades não mudam as representações internas. Devido à deficiência nos cuidados da "mãe suficientemente boa", muitos dependentes químicos não progridem ao estágio quatro.

Dependentes não conseguem manter provisões narcísicas de fontes externas para manter sua frágil auto-estima. A única fonte disponível continuamente é a droga, e buscam drogas para manter um senso de valor pessoal e dissipar sentimentos de não terem valor algum. Deficiências no desenvolvimento e auto-estima causam uma série de problemas no nível das relações interpessoais, pois, como precisam dos outros para saber como se sentem, têm medo e não acreditam nos que os rodeiam e agem de forma pseudo-independente em relação a estes.

A autonomia do *self* se desenvolve a partir da internalização de duas funções separadas da mãe: a mãe como ambiente, onde funções autoprovedoras e autoprotetoras são internalizadas, e a mãe como objeto, onde a relação com a mãe é internalizada. Se a segunda função ocorre prematuramente antes da primeira, então fica faltando na criança a habilidade de ter internalizado seu próprio ambiente de proteção materno e precisa (de forma dependente) da mãe como objeto.

O trabalho mais crítico da mãe é o de proteger o bebê para que não seja abafado pelos afetos, mas ao mesmo tempo ser capaz de ajudar o bebê a suportar o aumento da tensão afetiva. Seu único guia para esta delicada tarefa é sua empatia. Se a mãe não é capaz de evitar que a criança seja abafada pelos sentimentos, o trauma psíquico ocorre. Daí que uma ressaca, no caso do álcool ou drogas, é muito mais tolerável do que experimentar afetos pré-verbais ou sentimentos inconsoláveis e até mesmo fragmentação do *self*. Desta forma, a habilidade para verbalizar sentimentos tem uma importância particular na compreensão da etiologia do abuso de substâncias.

Pacientes psicossomáticos e abusadores de substâncias reagem basicamente de forma somática, com os afetos sendo expressos fisiologicamente ao invés de verbalmente. Estas reações podem ser muito estressantes porque não há uma ponte consciente entre a cognição e os sentimentos. Experienciar e identificar um sentimento, envolve conectar o sentimento com a história anterior a ele. Estes pacientes não conseguem dizer muitas vezes se estão tristes, cansados ou doentes. De forma paradoxal, podem mostrar intensos afetos em breves momentos.

Após a exposição do trabalho de Brehm e Khantzian sobre o uso de drogas, passo a apresentar considerações sobre a obra de Winnicott, pois minha pesquisa está centrada no trabalho desse autor.

1.3 - Sobre a Obra de Winnicott

A família é algo que requer um estudo mais detalhado, pois cada pessoa, em sua longa jornada, parte de um ser indiferenciado da mãe até atingir a posição de ser independente da mãe, e independente da mãe e do pai enquanto conjunto (Winnicott, 1993).

Conforme Winnicott (1975), no processo de crescimento do indivíduo existe um fator herdado individual, mas o meio ambiente facilitante e suficientemente bom é condição *sine qua non* para um desenvolvimento total indivíduo. Os genes determinam padrões, mas nada se realiza no crescimento emocional se não houver conjuntamente uma provisão ambiental suficientemente boa. Winnicott não fala de perfeição porque, segundo ele, as imperfeições são características da adaptação humana à necessidade.

A dependência do bebê em relação à mãe (ou substituta) a princípio é absoluta, alterando-se gradativamente e de forma ordenada para a dependência relativa e no sentido da independência. A independência, entretanto, nunca é absoluta, e o indivíduo como unidade autônoma nunca é totalmente independente do meio ambiente, embora existam meios de sentir-se livre e independente com a maturidade (Winnicott, 1990).

Na dependência absoluta o bebê não tem meios de saber nada dos cuidados maternos. Não pode obter controle sobre o que é bem ou mal feito,

mas está apenas em posição de obter proveito ou sofrer perturbações. Se nesta etapa o cuidado for absoluto não vai nascer ego.

Para Winnicott (1990), "o termo 'processo de maturação' se refere à evolução do ego e do *self*, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes e das defesas do ego relativas ao instinto". Segundo o autor, o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação, portanto possibilita à criança concretizar o seu potencial.

Adaptar-se aos processos de maturação da criança, que é algo complexo, exige muito dos pais e inicialmente da mãe que, sozinha, constitui o ambiente favorável ao bebê. Winnicott denominou a disponibilidade da mãe em relação ao bebê no período de desenvolvimento inicial de "preocupação materna primária". Nesta situação, a mãe fica muito identificada com o bebê e sabe o que ele está sentindo; assim a mãe também está em um estado dependente e vulnerável, como o bebê, o que se constitui em um alto grau de adaptação da mãe ao bebê.

Esse autor coloca: "Todos os processos de uma criatura viva constituem um vir-a-ser, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de devotar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o vir-a-ser do seu nenê. Qualquer irritação ou falta de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse vir-a-ser".

Com um ambiente estável e poucas reações a irritações, as funções corporais do bebê permitem a base para a construção de um ego corporal, base para a saúde mental futura.

Na dependência relativa o bebê pode se tornar consciente da necessidade dos detalhes do cuidado maternal, e pode relacioná-los, numa dimensão crescente, a impulsos pessoais; nesta fase ocorre o início do ego. Este é um estágio de adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação. A mãe precisa prover uma desadaptação gradativa para possibilitar desenvolvimento ao bebê. A partir desta experiência há o começo da compreensão intelectual que depende da forma como a realidade é apresentada ao bebê (de forma confusa ou não).

Winnicott (1990) refere: "O esposo da mãe também pode ser uma pessoa importante na casa, ajudando a criar um lar, e pode ser um bom substituto para a mãe, ou pode ser importante de um modo mais masculino ao dar à esposa o apoio e o sentimento de segurança que ela pode transmitir à criança".

Caminhar em direção à independência é a terceira fase, e nesta o bebê desenvolve formas de prescindir do cuidado maternal. Ele faz isso através da acumulação de memórias de maternagem, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção dos detalhes do cuidado materno com o desenvolvimento da confiança no ambiente.

Na normalidade, a criança passa aos poucos a ser capaz de se defrontar com o mundo com suas complexidades e perceber o que já está dentro de si própria. De forma cada vez mais abrangente na vida social, a criança desenvolve uma verdadeira independência, sendo capaz de viver uma existência pessoal satisfatória. Enquanto adolescentes, vão ampliando seus círculos de relação e abarcando fenômenos novos (Winnicott, 1990).

Portanto, nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê, o papel do meio ambiente através dos cuidados da mãe suficientemente boa é vital. Nesta etapa o bebê não se separou de si mesmo, gradativamente a separação entre o eu e o não eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do bebê e até certo ponto vê sentido nisso e o faz repetidamente. Nesta fase, em condições normais, quando o bebê olha para o rosto da mãe, o que ele vê é ele mesmo, pois a mãe suficientemente boa desempenha o papel de espelho no desenvolvimento infantil.

O *holding* é descrito por Winnicott (1994) como uma fase em que a mãe ou substituta protege o bebê da agressão física, leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente e a falta de conhecimento por parte deste da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo. Inclui a rotina completa dos cuidados, dia e noite, adequados a cada bebê. Inclui sintonia com as rápidas mudanças que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento tanto físico como psicológico do lactente.

Inicialmente a mãe ou figura materna fornece apoio ao ego do bebê. Se isso é feito de modo suficientemente bom, o ego do bebê se torna forte e possui sua própria organização. Quando a mãe é capaz de proporcionar este apoio ao ego mediante sua capacidade e disposição para identificar-se temporariamente com o bebê, chamamos este movimento da mãe de capacidade de *holding*. O bebê só progride em seu processo de amadurecimento se existe um ambiente facilitador, de sustentação, de *holding* que se adapta às necessidades mutantes do bebê em crescimento (Winnicott, 1994).

Por outro lado, muitos bebês não recebem de volta o que estão dando, eles olham e não se vêem a si mesmos através do rosto da mãe. Nesta situação, o bebê se acostuma à idéia de que quando olha o que é visto é o rosto da mãe, e o rosto da mãe, neste caso, não funciona como um espelho. Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, e que poderia ter sido uma troca significativa com o mundo, um processo com duas direções no qual o auto-enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas. Alguns bebês tentam fazer uma adaptação máxima a esta situação de fracasso materno, estudam as várias feições maternas e procuram responder a elas, fazem previsões do humor materno e tentam corresponder às expectativas maternas, deixando de ser espontâneos e desenvolvendo um falso *self* (Winnicott, 1975).

Winnicott (1990) explica que a idéia que os pacientes transmitem de um falso *self* pode ser entendida relacionando o *self* verdadeiro e o falso com a divisão inicial que Freud fez do *self*, em que uma parte é controlada pelos instintos (chamada por Freud de sexualidade, pré-genital, genital) e outra parte orientada para o exterior e relacionada com o mundo.

Para esse autor, o falso *self* tem uma natureza defensiva que consiste em ocultar e proteger o *self* verdadeiro, e pode ser classificado conforme as seguintes organizações:

- em um extremo, o falso *self* se implanta como real, e o verdadeiro *self* fica oculto, mas em diversas situações o falso *self* começa a falhar;
- de forma menos extrema, o falso *self* defende o *self* verdadeiro e a este é permitida uma vida secreta, e é percebido como potencial;
- para o lado da normalidade, o falso *self* tem o intuito principal de procurar condições que tornem possível o *self* verdadeiro emergir;
- mais para o lado da normalidade, o falso *self* é construído sobre identificações;
- na normalidade, o falso *self* fica representado pela atitude social polida e amável.

Um *self* verdadeiro começa a ter vida através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente. A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente e, ao não satisfazer o gesto do lactente, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso *self* e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do lactente.

Em condições favoráveis, o bebê por ter conseguido viver a onipotência através da relação com a mãe suficientemente boa, começa gradualmente a renunciar à onipotência e gozar a ilusão do onipotente, criando e controlando, brincando, imaginando. Aí esta a base do símbolo a partir do qual o objeto externo é criado e finalmente catexizado. Quando a adaptação da mãe ao lactente não é suficientemente boa, o processo que leva à capacidade de usar símbolos não se inicia ou então se torna fragmentado. Neste caso, o lactente é seduzido à submissão, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio, e o lactente parece aceitá-las (Winnicott, 1975).

Pensando nos estágios iniciais da integração do indivíduo, a mãe, em um primeiro momento faz uma adaptação especializada em relação ao bebê e assim concede a este a ilusão da experiência da onipotência, mais adiante é ela quem desilude o bebê. O êxito nesta função de desilusão da mãe e da família tem relação com a capacidade de ambivalência da criança,

mas a base para a ambivalência é a experiência onipotente experimentada através dos cuidados de uma mãe suficientemente boa na relação precoce.

O meio ambiente, em condições normais, inicialmente é adaptativo, e depois desadaptativo, e esta desadaptação está intimamente relacionada ao amadurecimento de cada indivíduo, com mudanças em mecanismos mentais que tornam possível uma mudança da dependência no sentido da independência. Assim, a mãe está sempre traumatizando dentro de um processo de adaptação, pois ela tem condições de sentir a capacidade do bebê de suportar a desilusão momento a momento. Os pais, mais adiante agindo juntos, e depois o funcionamento da unidade familiar continuam este processo de desilusão da criança.

Na medida em que a criança se desenvolve, os processos de amadurecimento se tornam mais apurados e as identificações se multiplicam, a criança se torna menos dependente de obter de volta o seu eu (*self*) dos rostos do pai e da mãe e dos rostos de outras pessoas com quem tem algum relacionamento significativo. Quando a família permanece íntegra e tem em si algo em desenvolvimento durante algum tempo, a criança extrai benefícios daí, pois ela tem oportunidade de ver os pais e as demais pessoas olhando-se a si mesmos. (Winnicott, 1975)

A capacidade de envolvimento referida por Winnicott (1987) significa maior integração e crescimento emocional, estando, portanto,

associada ao senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente com respeito às relações em que se introduziram pulsões instintivas. O envolvimento significa preocupar-se ou importar-se com o outro, tanto sentir como aceitar responsabilidade, poderia se dizer que o envolvimento é a base da família em um nível genital quando os cônjuges em intercurso - para além do prazer - assumem a responsabilidade pelo resultado.

O processo sugerido para o estabelecimento da capacidade de envolvimento proposto por Winnicott (1987) é: "As pulsões instintuais levam ao uso implacável de objetos e depois a um sentimento de culpa que é dominado e aliviado pela contribuição que o bebê pode fazer para a mãe-ambiente em poucas horas. Além disso, a oportunidade de dar e fazer uma reparação, oportunidade essa que a mãe-ambiente oferece através de sua presença confiável, capacita o bebê a tornar-se cada vez mais audacioso na vivência de suas pulsões do id; em outras palavras, liberta a vida instintual do bebê. Desse modo, a culpa não é sentida, mas permanece adormecida, ou potencial, e só aparece (como tristeza ou estado de ânimo deprimido) se a oportunidade de reparação não aparecer".

Assim, ao estabelecer-se a confiança e expectativa de oportunidade de reparação, o sentimento de culpa em relação as pulsões do id se modifica, surgindo a capacidade para o envolvimento. A criança, aos poucos, vai tornando-se capaz de se envolver, de assumir a responsabilidade por seus

próprios impulsos instintuais e pelas funções ligadas a eles, o que possibilita elementos construtivos do brincar e do trabalho.

Winnicott (1987) refere que "toda a criança precisa tornar-se capaz de criar o mundo (a técnica adaptativa da mãe faz com que isso seja sentido como um fato), caso contrário o mundo não terá significado. Todo bebê precisa ter suficiente experiência de onipotência para tornar-se capaz de ceder a onipotência à realidade externa ou a um princípio-Deus".

No outro lado, a criança afetada pela tendência anti-social passa por uma experiência diferente. Inicialmente as coisas corriam bastante bem para a criança, alguma coisa perturbou essa situação e a criança foi exigida além das defesas de ego disponíveis na época. A partir daí ela reorganizou-se com base em um novo modelo de defesa do ego, inferior ao anterior em qualidade. A criança começa a ter esperanças de novo e organiza atos anti-sociais na esperança de compelir a sociedade a retroceder com ela para a posição em que as coisas deram errado, e a reconhecer esse fato. Se isso for feito, a criança pode voltar ao período que antecedeu o momento de privação e redescobrir o objeto bom e o bom ambiente humano controlador que, por ter existido originalmente, tornou-a capaz de experimentar impulsos, inclusive os destrutivos.

Para o autor, este último estágio é difícil de alcançar, mas o princípio precisa ser entendido e aceito. Pais que têm muitos filhos sabem que

essa reparação mediante o emprego de técnicas adaptativas especiais e temporárias ocorre seguidamente e com sucesso.

Quando não há um quadro de referência "suficientemente bom" dentro da família, a criança então deixa de sentir-se livre para viver seus próprios pensamentos, torna-se angustiada e, se tem alguma esperança, procura outro quadro de referência fora do lar, uma estabilidade externa sem a qual poderá enlouquecer. A criança anti-social não teve a oportunidade de criar um bom ambiente interno e necessita de um controle externo se quiser ser feliz, capaz de brincar e trabalhar. Ela pede o controle de pessoas fortes, amorosas e confiantes. Assim, a tendência anti-social caracteriza-se por um elemento que compele o meio ambiente a ser importante. O paciente, através de pulsões inconscientes, compele alguém a encarregar-se de cuidar dele. O terapeuta precisa envolver-se com a pulsão inconsciente do paciente e administrá-la, tolerar e compreender.

Uma das questões mais importantes nesta proposta teórica é que a tendência anti-social implica esperança. A ausência de esperança é a característica básica da criança que sofreu privação, mas ela não está sendo anti-social o tempo todo, é no período de esperança que a criança manifesta uma tendência anti-social.

Winnicott (1987) observa: "Existem sempre duas direções na tendência anti-social, embora às vezes uma seja mais acentuada do que a

outra. Uma direção é representada tipicamente pelo roubo e a outra pela destrutividade. Numa direção, a criança procura alguma coisa, em algum lugar e não, encontrando, busca-a em outro lugar, quando tem esperança. Na outra, a criança está procurando aquele montante de estabilidade ambiental que suporta a tensão resultante do comportamento impulsivo. É a busca de um suprimento ambiental que se perdeu, uma atitude humana que, uma vez se possa confiar nela, dê liberdade ao indivíduo para se movimentar, agir e se excitar".

Devido a alguma fusão das raízes agressivas com as libidinais na época da privação original, a criança reclama a mãe através de uma combinação de furto, agressividade e sujeira. Quando existe menos fusão, a busca do objeto e a agressão estão mais separadas e há, portanto, maior grau de dissociação na criança. Desta forma, surge a proposição de que há um incômodo, um desconforto como característica essencial do paciente anti-social, e este incômodo, sob uma perspectiva positiva, é uma característica essencial que indica ainda uma potencialidade de recuperação da fusão perdida dos impulsos libidinais.

No nível social, a família protege a criança do mundo, e a introdução gradual do ambiente externo, tios, vizinhos, amigos é a melhor forma de levar a criança a entrar em bons termos com o mundo mais vasto, é assim que a criança é apresentada à realidade externa. Há outras questões na relação entre os pais que tendem ao estabelecimento da unidade familiar e dizem

respeito ao desejo profundo dos pais de serem iguais aos próprios pais, no sentido de serem adultos (Winnicott, 1993).

O autor refere: "É conveniente compreender, entre outras coisas, o sentido de preocupação ou culpa que advém dos elementos destrutivos (muitos deles inconscientes) que acompanham a expressão física do impulso amoroso. Pode-se admitir de pronto que esse sentido de preocupação e culpa contribui em grande medida para a necessidade que cada um dos pais tem, e que ambos têm juntos, de constituir uma família. O crescimento da família, melhor do que tudo o mais, neutraliza as idéias assustadoras de danos causados, de corpos destruídos, de monstros gerados. ... Sem dúvida grande parte da alegria que o bebê traz à vida dos pais advém do fato de que a criança é humana e completa e contém em si um princípio de vida - ou seja, que produz vida A criança como fato real lida, por hora, com todas as fantasias referentes ao bem e ao mal, e a vivacidade inata de cada criança, na medida em que é reconhecida pelos pais, dá a estes uma grande sensação de alívio, livrando-os de idéias que procedem de seu sentimento de culpa ou inutilidade".

Cada criança tem um significado específico em termos de fantasia consciente e inconsciente dos pais que está em função do relacionamento do casal na época da concepção, da gravidez, do nascimento e depois do nascimento. E cada criança se encaixa ou não no contexto da fantasia dos pais, a qual pode enriquecer e elaborar a relação física dos dois. Assim, os

pais precisam das crianças para desenvolver seu relacionamento, e os impulsos positivos gerados com elas são muito poderosos.

Mas o autor salienta que existem dificuldades por parte dos pais e que o casamento e a família estabelecida nem sempre são sinais de maturidade parental. Boa parte das complicações na vida familiar advém das atitudes que os pais tomam quando esgotam sua capacidade de sacrificar tudo em favor dos filhos. Às vezes ocorre de um ou ambos os pais viverem uma adolescência temporã. Isso pode referir-se especialmente ao pai, já que a mãe muitas vezes se descobre através das experiências físicas e emocionais que acompanham a maternidade. Mas ela também pode sentir necessidade, em uma época avançada de viver um amor romântico que evitara anteriormente por buscar o pai ideal para seus filhos.

Com relação aos fatores de integração na vida familiar, Winnicott (1993) refere: "A criança que se desenvolve bem, e cuja personalidade foi capaz de realizar internamente sua integração por força das capacidades inatas de crescimento individual, exerce um efeito integrativo sobre seu ambiente externo imediato, essa criança contribui para a situação familiar. ... Deste modo, nossas próprias capacidades são descobertas e desenvolvidas pelo que nossos filhos esperam de nós. Por um sem número de modos, alguns sutis outros nem tanto, as crianças produzem à sua volta uma família, e talvez o façam porque precisam de algo, algo que proporcionamos porque temos um conhecimento do que sejam a expectativa e satisfação".

Os fatores de desintegração na vida familiar ocorrem por um desenvolvimento insuficiente ou pela doença de uma criança. Algumas crianças têm uma necessidade ativa de destruir qualquer coisa boa, estável, a tendência anti-social é o exemplo mais marcante e é extremamente destrutiva para a vida familiar. A família ou a comunidade substituta é constantemente submetida à prova. Inconscientemente a criança procura uma coisa boa que foi perdida anteriormente e, por sentir ter sido deixada, é o objeto de sua fúria.

Para Winnicott, há algo no desenvolvimento sadio de cada criança que constitui a base para a integração do grupo familiar. A criança sozinha não pode produzir a família, são necessários os pais, o desejo dos pais, que se forma a partir do relacionamento do casal.

Winnicott (1994) entende que "o funcionamento familiar pode ser encarado como preventivo do trauma, desde que se permita que o significado da palavra "trauma" mude com o crescimento da criança, da primeira infância para a maturidade plena, com o crescimento que vai da dependência para independência". Em 1982, esse autor definiu o trauma da seguinte forma: "O trauma é uma imposição do ambiente e da reação do indivíduo ao ambiente que ocorre antes que haja um desenvolvimento dos mecanismos individuais que tornam previsível o imprevisível". Com base nisto, a família pode ser estudada não somente como uma atitude estruturada dos pais, parentes próximos, irmão e irmãs, mas também como algo que é em parte produzido pelas necessidades urgentes das próprias crianças, necessidades surgidas da

dependência e do fato de que o processo individual de amadurecimento só se torna realizado em um meio ambiente facilitador.

Considerando que o desenvolvimento afetivo do ser humano ocorre num primeiro momento na relação inicial com a mãe, e que adiante a família desenvolve uma forma única em lidar com as necessidades de seus membros e com as fases de desenvolvimento do ciclo familiar, considero importante entender as relações vividas dentro de famílias que contêm um membro adolescente apresentando problemas com substâncias psicoativas.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é descrever e tentar compreender algumas formas de relacionamento que famílias com um membro adolescente dependente ou com uso abusivo de substâncias psicoativas estabelecem entre si e examinar essas relações.

2.2 - Objetivos Específicos

Descrever aspectos das relações existentes entre os membros dessas famílias e formular hipóteses compreensivas sobre sua dinâmica, identificando:

- características dos pais, irmãos e outros componentes do meio familiar do adolescente (paciente identificado);
- características do relacionamento dessas pessoas entre si;
- características do relacionamento com o adolescente.

3 - MÉTODO

3.1 - O Método

O método é a técnica de pesquisa que pode ser tanto quantitativa (correlações estatísticas), como qualitativa (observações, entrevistas, textos). As técnicas enquanto técnicas não são verdadeiras nem falsas. Elas são mais ou menos úteis, dependendo do quanto se adaptam às teorias e metodologias utilizadas, às hipóteses a serem testadas dentro do tema de pesquisa selecionado. Os positivistas preferem os métodos quantitativos enquanto os interacionistas preferem obter seus dados através de observações. Mas, dependendo das hipóteses que estão sendo testadas, os positivistas podem, às vezes, utilizar métodos qualitativos, da mesma forma que interacionistas podem utilizar métodos quantitativos (Silverman, 1993).

Existem suposições sobre o paradigma em estudos quantitativos e em estudos qualitativos. A seguir veremos algumas suposições na pesquisa qualitativa. No nível ontológico, que diz respeito à natureza da realidade, para o pesquisador qualitativo a única realidade é aquela construída pelos

indivíduos envolvidos na situação de pesquisa. Realidades múltiplas existem em qualquer situação: a realidade do pesquisador, dos sujeitos investigados e do leitor ou audiência interpretando o estudo. O pesquisador qualitativo necessita reportar fielmente essas realidades e acreditar nas vozes e interpretações dos informantes. No nível epistemológico, que diz respeito à relação entre o pesquisador e o pesquisado, os pesquisadores interagem com aqueles a quem estudam e tentam minimizar a distância entre eles e os pesquisados, o que tem implicações também no nível axiológico sobre o papel dos valores em um estudo. O pesquisador qualitativo admite o *value-laden* na natureza do estudo e reporta ativamente seus valores e vieses, bem como a natureza do valor da informação obtida do campo de pesquisa. Na suposição retórica as palavras entender, descobrir e significado formam o glossário dos termos qualitativos emergentes. A linguagem em estudos qualitativos são pessoais, informais e baseadas em definições que evoluem durante o estudo. A nível da suposição metodológica, que diz respeito a qual o processo de pesquisa, a lógica indutiva prevalece. As categorias emergem dos informantes, ao invés de serem identificadas *a priori* pelo pesquisador. Isto possibilita ricas informações associadas ao contexto que leva a modelos ou teorias que ajudam a explicar um fenômeno. Questões sobre a precisão do fenômeno podem surgir ou não, existem algumas técnicas para avaliar a precisão nesses estudos (Creswell, 1994).

O mesmo autor sugere outra forma de apresentar suposições sobre estudos qualitativos que se baseia mais na metodologia da pesquisa:

1. o pesquisador qualitativo está mais interessado pelo processo do que pelos resultados ou produtos;
2. o pesquisador qualitativo está interessado em significado - como as pessoas dão senso às suas vidas, experiências, e seu entendimento do mundo;
3. o pesquisador qualitativo é o instrumento primário para coleta de dados e análise. Os dados são mediados através de instrumentos humanos ao invés de através de inventário, questionários ou máquinas;
4. a pesquisa qualitativa envolve trabalho de campo. O pesquisador, ele próprio, procura as pessoas, o local, a instituição para observar ou coletar dados sobre o comportamento no seu ambiente natural;
5. a pesquisa qualitativa é descritiva, o pesquisador está interessado em processo, significado e entendimento através de palavras e situações;
6. o processo, na pesquisa qualitativa, é indutivo, o pesquisador constrói abstrações, conceitos, hipóteses e teorias a partir de detalhes.

A pesquisa qualitativa é exploratória, o pesquisador estuda um tópico quando as variáveis e teorias não são conhecidas. Características de problemas a serem explorados por pesquisas qualitativas são: imaturidade de um conceito devido a falta de teoria e de pesquisa prévia; a noção de que a

teoria disponível não é precisa, é inapropriada, incorreta ou cheia de vieses; necessidade de explorar e descrever o fenômeno, de desenvolver a teoria; natureza do estudo inadequada para estudos quantitativos. A pesquisa qualitativa é iminentemente interpretativa, assim os vieses, valores e julgamentos do pesquisador são explicitados ao longo da pesquisa. Esta abertura é considerada útil e positiva (Creswell, 1994).

É de Mynaio (1994) o trecho a seguir: “Cremos que a polêmica quantitativo versus qualitativo, objetivo versus subjetivo não pode ser assumida simplesmente como uma opção pessoal do cientista ao abordar a realidade. A questão, a nosso ver, aponta para o problema fundamental que é o próprio caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade. Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com a problematização do produto humano objetivado ou ir em busca, também, dos significados da ação humana que constrói a história. É um desafio na busca de caminhos.”

A pesquisa qualitativa não busca generalizar os achados, mas criar uma interpretação única dos eventos. Creswell (1994) acrescenta que uma generalização limitada pode ser discutida em relação às categorias que emergem da análise dos dados.

Há quatro técnicas fundamentais usadas por pesquisadores qualitativos: observações, importantes para entender outras culturas; análise de textos, com vistas a criar categorias para os participantes; entrevistas, questões abertas para pequenas amostras; e transcrições, usadas para entender como os participantes organizam sua fala (Silverman, 1993).

Da mesma forma que cada ser humano possui sua personalidade sistematizada em um conjunto de possibilidades, cada família também possui um determinado padrão de funcionamento sistematizado, e é esse padrão que se espera que se exteriorize no curso da entrevista. Assim como o ser humano tem uma história de sua vida e um esquema do seu presente, as famílias também o têm, e das histórias trazidas temos que deduzir o que eles não sabem, o que não é dito. Muitas vezes o que não conseguem fornecer enquanto conhecimento explícito, nos oferecem através de seu comportamento não verbal. Em entrevistas distintas podemos obter informações distintas que se complementam ou se contradizem.

Para Bleger (1979), "quando se entrevistam distintos integrantes de um grupo ou instituição (família, escola, fábrica, etc.), estas divergências e contradições são muito mais freqüentes e notórias e constituem dados muito importantes sobre como cada um dos membros tem organizado, em uma mesma realidade, um campo psicológico que lhe é específico. A totalidade nos dá um índice fiel do caráter do grupo ou da instituição, de suas tensões e conflitos, de sua particular organização e dinâmica psicológica".

Utilizei neste estudo a entrevista como instrumento porque, enquanto situação de interação, as informações obtidas durante a entrevista sofriam influências das relações estabelecidas comigo e toda a série de sentimentos e idéias suscitadas nesta interação foram consideradas.

Uma questão importante quando se pensa sobre a entrevista psicológica diz respeito ao observador participante. Tradicionalmente a observação científica é dita objetiva, isto é, o observador registra os fenômenos que são externos e independentes dele. Na psicologia esta objetividade é diferente, pois, ao lidar com o homem, a máxima objetividade que podemos obter só se alcança quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo. Uma objeção a esta questão é que neste caso não estamos estudando o fenômeno tal qual como ele é, mas em relação à nossa presença, e que, portanto, não é uma observação natural. Mas uma observação natural da conduta humana envolve a observação do homem estabelecendo relações, estas são as condições naturais da conduta humana. Como toda conduta se dá num contexto de vínculos e relações humanas, a entrevista então não consiste numa distorção destas condições naturais, mas é a situação natural em que se dá o fenômeno que queremos estudar (Bleger, 1979).

Outros aspectos levantados pelo mesmo autor são a transferência e a contratransferência na situação de entrevista. A primeira se refere à

atualização, na entrevista, dos sentimentos, atitudes e condutas inconscientes do entrevistado que correspondem à sistematização que ele desenvolveu em sua personalidade ao longo do seu desenvolvimento. Corresponde à parte irracional e inconsciente da conduta e constitui aspectos da mesma não controlados pelo paciente. Na contratransferência se incluem todos os fenômenos que aparecem no entrevistador, como emergentes do campo psicológico que se configura na entrevista, e dependem em alto grau da história pessoal do entrevistador. Em relação ao grupo familiar estes fenômenos também ocorrem.

Etchegoyen (1987) conceitua a transferência da seguinte forma: "A transferência é uma peculiar relação de objeto de raiz infantil, de natureza inconsciente (processo primário) e, portanto, irracional, que confunde o passado com o presente, o que lhe dá seu caráter de resposta inadequada, desajustada, inapropriada. A transferência, enquanto fenômeno do sistema inconsciente, pertence à realidade psíquica, à fantasia e não à realidade dos fatos. Isso quer dizer que os sentimentos, impulsos e desejos que aparecem no momento atual e em relação a uma determinada pessoa (objeto) não podem ser explicados em termos dos aspectos reais desta relação e sim, ao contrário, se referir ao passado".

Ao falar sobre transferência Winnicott (1990) assim se manifesta: "Transferência não é apenas uma questão de relacionamento ou relações. Ela se refere ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem

repetidamente. A psicanálise consiste principalmente em propiciar as condições para o desenvolvimento destes fenômenos, e a interpretação dos mesmos no momento oportuno".

Foi mérito de Freud ter definido a relação analítica não só com a perspectiva do paciente mas também do analista, como uma relação bipessoal, recíproca de transferência e contratransferência. Freud descreveu a contratransferência como a resposta emocional do analista aos estímulos que provêm do paciente, como o resultado da influência do analisando sobre os sentimentos inconscientes do médico. Freud mencionou na época a contratransferência como um obstáculo que deveria ser removido. Nos anos cinquenta, Henrich Racker e Paula Heimann simultaneamente fizeram contribuições importantes ao tema e que resumidamente dizem que o *métier* do analista consiste em escutar sua contratransferência, que isso é sua intuição (Etchegoyen, 1987).

O mesmo autor prossegue: "Ao estabelecer um vínculo entre a intuição e a contratransferência, não se afirma que toda interpretação se origina deste modo, já que não é possível descartar que, enquanto o analista conservar plenamente sua capacidade de compreender, de decodificar, veremos que sua contratransferência não intervirá; porém é possível sustentar, ao menos fenomenologicamente, que a intuição surge quando não estamos decodificando bem, porque se não, não a chamamos de intuição. Chamamos

de intuição um momento de ruptura em que de repente se impõe algo inesperado à nossa compreensão.”

Little (1992) define a contratransferência da seguinte forma: “... elementos reprimidos, ainda não analisados, no próprio analista, que se associa ao paciente do mesmo modo que o paciente “transfere” para o analista afetos, etc. relacionados com seus pais ou com os objetos da sua infância: isto é, o analista vê o paciente (temporariamente e de modo variado) como via seus próprios pais ... Esses sentimentos são infantis, subjetivos e irracionais, alguns agradáveis, outros dolorosos”.

Essa autora coloca que, além dos aspectos reprimidos, pode haver na contratransferência muitas coisas não analisadas, que nem mesmo chegaram ao nível pré-consciente e que são relacionadas aos níveis mais antigos da experiência do analista. Esta parte da contratransferência é uma parte intuitiva e a autora entende como muito importante no tratamento da psicose.

A transferência e a contratransferência são fenômenos existentes sempre nas relações humanas, entretanto são consideradas como uma variável do campo quando se pensa na teoria psicanalítica.

Minayo (1994), citando Habermas (1987) afirma: “Tanto o sujeito que comunica como aquele que interpreta são marcados pela história, pelo

seu tempo, pelo seu grupo. Portanto o texto reflete essa relação de forma original".

Pensando sobre estudos de caso, Yin (1994) declara: "Estudos de caso também podem ser utilizados como estratégias de pesquisa quando as questões 'como' e 'porque' são colocadas, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco do trabalho é em um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real. Estudos de caso como experimentos são generalizáveis a proposições teóricas e não para populações ou universos. Desta forma o estudo de caso, como o experimento, não representa uma amostra e o objetivo do investigador é de expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar freqüências (generalização estatística)".

Estudos de caso tem um papel distinto em pesquisas de avaliação. A aplicação mais importante é compreender situações na vida real que são muito complexas para estratégias experimentais. A segunda aplicação é de descrever uma intervenção e o contexto da vida real na qual ocorreu. A terceira é que estudos de caso podem ilustrar certos tópicos em uma avaliação de uma forma descritiva. A quarta aplicação de estudos de caso é explorar situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não tem um resultado definido. E a quinta aplicação é da meta-avaliação, um estudo sobre a avaliação do estudo.

Ladrière (1977) diz que a verdadeira justificação de um método está na sua fecundidade: é fecundo na medida em que nos faz compreender a realidade que interrogamos. Existe uma pluralidade de discursos e uma pluralidade de métodos de compreensão, entretanto em todos eles circula uma idéia que é a procura da verdade.

3.2 - Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa são famílias que têm um membro adolescente internado para tratamento da dependência química e que aceitaram participar do estudo. Entrevistei cinco famílias, uma das quais não completou o processo de investigação proposto.

Foram afastados diagnósticos psiquiátricos de psicose dos jovens internados como forma de lidar mais com a situação da dependência química especificamente. Os adolescentes foram diagnosticados como abusadores e/ou dependentes de substâncias químicas. Em sua maioria estes adolescentes faziam uso de múltiplas substâncias psicoativas.

Estas famílias são constituídas de pais e filhos do primeiro casamento. Não incluí na amostra famílias reconstituídas, ou famílias em que o casal estivesse separado, visando evitar a interferência de outras variáveis.

A definição de adolescência, neste estudo, não está tão ligada à idade cronológica, refere-se ao comportamento mais globalizado de dependência em relação aos pais, como morar com os pais e/ou depender financeiramente deles. Stanton (1990) entende que na dependência e no uso nocivo de drogas psicoativas ocorre uma parada no desenvolvimento da personalidade no período da adolescência, onde mesmo com idade mais avançada os sujeitos seguem apresentando comportamentos tipicamente de adolescentes. A idade dos pacientes identificados nessas famílias variou de 14 a 25 anos de idade.

O nível sócio-econômico de quem busca atendimento neste local para tratamento da dependência química é médio e médio superior, pois é uma internação particular. Existem três convênios que são atendidos no local. Assim, acredito que o nível sócio-econômico de quatro destas famílias situa-se no nível médio, e uma das famílias que foi atendida por um convênio situa-se no nível sócio econômico médio inferior.

O critério principal para inclusão destas famílias neste estudo consistiu na internação do adolescente como uma forma de a família evidenciar sua dificuldade em lidar com esta situação sozinha, necessitando portanto de ajuda externa.

3.3 - Procedimento

A entrevista psicológica, neste estudo, foi aberta visando investigar algumas relações que os membros destas famílias estabelecem entre si. Havia um breve roteiro a ser seguido, mas que não se constituiu em perguntas sistematizadas, elas foram sendo feitas à medida que a situação da entrevista permitia. As entrevistas realizadas com os adolescentes individualmente visavam estabelecer uma relação mais próxima com eles. As entrevistas realizadas com os pais visavam conhecer mais sobre dados históricos do grupo familiar, nascimento dos filhos e a relação do casal. As entrevistas com as famílias visaram o conhecimento do funcionamento do grupo familiar enquanto um todo.

A forma de me apresentar ao grupo familiar foi baseada no atendimento de equipe da Unidade de Tratamento da Dependência Química do Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, onde o meu papel era de acompanhar as famílias dos pacientes atendidas por um dos médicos psiquiatras da equipe.

Planejei aproximadamente 5 entrevistas com cada família. Inicialmente realizei 1 ou 2 entrevistas com o adolescente individualmente, a seguir os pais foram entrevistados. Após a realização destas entrevistas iniciais, que nos proporcionaram algum conhecimento da situação familiar, é que realizamos mais 2 ou 3 entrevistas com a família, conforme a

disponibilidade do grupo familiar. As entrevistas começaram durante o período de internação. Como este período é variável para cada paciente, algumas entrevistas com as famílias foram realizadas logo após a alta hospitalar.

Um fator que contribuiu para esta investigação é que foi informado à família que o meu objetivo com a pesquisa também incluía ajuda ao atendimento do paciente identificado. Procurei durante o processo de investigação observar o tipo de relação que os membros da família estabeleciam entre si, e as relações que estabeleciam comigo.

Os momentos de conflito, de transição e de dúvidas são celeiros férteis para informações sobre determinada coletividade. Da mesma forma que há momentos conjunturais mais propícios à captação de níveis mais profundos da realidade, há, ao nível dos indivíduos, informantes particularmente "estratégicos" para revelar segredos do grupo (Minayo, 1994).

Conforme Bleger (1979), a entrevista psicológica pode ser de dois tipos fundamentais: aberta ou fechada. A entrevista aberta reside numa flexibilidade suficiente que permita ao entrevistado configurar o campo da entrevista conforme sua estrutura psicológica particular. A entrevista fechada é um questionário realizado segundo regras determinadas.

O mesmo autor refere que "a entrevista aberta possibilita uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do entrevistado, sendo

que a entrevista fechada pode permitir uma melhor comparação sistemática de dados, tanto como outras vantagens próprias de todo método estandarizado. ... A regra básica não consiste em obter dados completos da vida total de uma pessoa, mas em obter dados completos de seu comportamento total no curso da entrevista. Este comportamento total inclui o que obtemos aplicando nossa função de escutar, mas também nossa função de vivenciar e observar, de tal forma que fiquem incluídas as três áreas do comportamento do entrevistado".

A entrevista não se restringe a uma coleta de dados simplesmente, e sim uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos sofreram interferência da natureza das relações estabelecidas com o pesquisador.

De acordo com Cassell and Symon (1994), "A entrevista de pesquisa qualitativa não está baseada numa organização formal de perguntas a serem feitas de forma ordenada. Ao invés disso se usa um guia de entrevista, que consiste em tópicos listados que o entrevistador procura investigar no curso da entrevista. Existem três fontes de tópicos a serem incluídos no guia de entrevista: a pesquisa da literatura, o conhecimento pessoal do pesquisador e experiência na área o trabalho preliminar informal como discussões não estruturadas com pessoas que tenham experiência pessoal na área de pesquisa. O desenvolvimento do guia de entrevista não termina no início da primeira entrevista. Ele pode ser modificado com o uso: adicionando aspectos ou até mesmo tópicos que não tenham sido

originalmente incluídos, mas que emergiram espontaneamente nas entrevistas; tirando ou reformulando os tópicos que são incompreensíveis aos participantes ou que falham em esclarecer respostas de forma relevante às perguntas da pesquisa".

A seguir, apresento o roteiro ou guia de entrevista utilizado neste estudo:

Roteiro para a entrevista com o adolescente:

- como é o uso de drogas:
- como começou, quando:
- frequência/intensidade:
- amizades/ relacionamentos:
- objetivos pessoais:
- como se relaciona com os pais:
- como se relaciona com os irmãos:

Roteiro para entrevista com os pais:

- genetograma: (inclui sexo, idade e nomes)
- estado civil dos membros:
- nível educacional dos membros:
- ocupação atual dos membros:

- descrição das famílias de origem:
- história da família nuclear desde que os pais se conheceram até o momento, eventos mais importantes:
- reações frente ao nascimento dos filhos:
- como vivenciaram a paternidade e o cuidados com os filhos:
- relacionamento com os filhos, enfatizando a diferença entre o adito e os outros:
- causas que relacionam com o início da drogadição:
- religião:
- uso de drogas pelos pais (álcool, ansiolíticos, tabaco):

Roteiro para entrevista com a família:

- motivos que a família atribui ao uso de drogas:
- como a família enfrenta esta situação, como procura resolver os problemas:
- geografia do grupo familiar: Quem se mexe ou não, alguém intervém ou chama a atenção:
- contexto sócio-cultural do grupo familiar:
- qual a qualidade das relações que esta família estabelece entre seus membros e com o entrevistador:
- impressões que o entrevistador teve da família:
- na entrevista seguinte centrar a investigação na situação trazida por eles.

Para Minayo (1994), o roteiro de entrevista difere do sentido tradicional do questionário, pois este pressupõe hipóteses e questões bem fechadas, cujo ponto de partida são as referências do pesquisador. O roteiro ou guia de entrevista tem outras características, visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, por isso contém poucas questões.

3.4 - Análise dos Dados

Os dados coletados foram reproduzidos na forma de entrevistas dialogadas que permitiram identificar os temas tratados. As entrevistas dialogadas de todas as famílias, pais e adolescentes individualmente consistiram em uma quantidade volumosa de informação que reduzimos em certas categorias, conforme proposto por Creswell (1994). Este autor, citando Tesch (1990), refere que o processo de reduzir a quantidade de informação em categorias e interpretar a informação a partir de um determinado esquema é chamado de descontextualização e recontextualização. Conforme Tesch (1990): "Enquanto muito do trabalho de análise do processo consiste em separar em partes pequenas, o objetivo final é a emergência de um quadro mais amplo". Desta forma, através da análise do conteúdo estas entrevistas foram fragmentadas em seus elementos procurando o significado subjacente que era trazido. Na medida do possível, procurei estabelecer relações hipotéticas entre o material manifesto e o conteúdo latente dos temas tratados.

Cresweel (1990) informa: "O processo de análise de dados requer que o pesquisador sinta-se confortável em desenvolver categorias fazendo comparações e contrastes. É necessário também que o pesquisador esteja aberto para as possibilidades e veja explicações contrárias ou alternativas para os achados". Este mesmo autor coloca que a análise dos dados é uma atividade conduzida simultaneamente com a coleta, interpretação e narração destes.

Conforme Malinowski, citado por Minayo (1994), é o referencial teórico do pesquisador que lhe permite estabelecer perguntas fundamentais para a compreensão da realidade empírica, entretanto este deve conservar uma abertura e flexibilidade capazes de, apesar da teoria, descobrir as particularidades da realidade empírica.

Fiz leituras repetidas das entrevistas com uma relação interrogativa em relação a elas, procurando apreender as estruturas ou semelhanças encontradas nestas famílias. A partir destas leituras estabeleci algumas categorias que, após leituras subseqüentes foram organizadas na forma como apresento os resultados deste estudo.

Para familiarizar o leitor com algumas situações vividas por estas famílias, começo apresentando um estudo de caso de uma das famílias pesquisadas. No anexo 1 apresento as entrevistas realizadas com esta família com o objetivo de mostrar o tipo de entrevista realizada neste estudo.

4. ESTUDO DE CASO

4.1 - Dados de Identificação

Esta família é composta por 5 pessoas. O pai e a mãe têm nível educacional superior, ele com 48 anos e ela com 47 anos. A paciente identificada (motivo da procura da internação hospitalar) tem 21 anos e seu irmão tem 18 anos. A paciente identificada (**R**) tem uma filha de 2 anos. **R** possui nível educacional superior incompleto e seu irmão está tentando ingressar na universidade através do exame vestibular.

Para compreensão das entrevistas dialogadas desta família, apresentadas no Anexo A, estabeleci as seguintes letras para indicar cada um dos membros:

- R** - paciente identificada
- M** - sua mãe
- P** - seu pai
- I** - seu irmão
- F** - a filha da paciente identificada

4.2 - Motivo da Internação

Os pais trouxeram **R**, porque desta vez ela quis se tratar. **R** referiu, na internação, medo de ficar dependente das drogas, motivo pelo qual aceitou o tratamento.

4.3 - História Progressiva

4.3.1 - As famílias de origem dos pais de R

Na família de origem da mãe de **R** o avô paterno desta era uma pessoa doente, tinha problema nos pulmões, mas sempre trabalhou. Sua mulher e filhos tinham muitos cuidados com ele, os invernos rigorosos eram uma preocupação para todos pela fragilidade da sua saúde. Ele faleceu quando a mãe de **R** tinha 15 anos. Na época, a avó de **R** tomou conta sozinha dos 3 filhos e dos negócios do marido. A mãe de **R** era a filha mais velha e ajudava muito sua mãe, com 15 anos já dirigia automóvel. Isso não era comum na época, e o fato de fazer coisas diferentes das outras moças da época chamava a atenção. A avó de **R** era uma mulher forte, decidida. Mais tarde, quando os filhos homens cresceram, eles passaram a cuidar dos negócios da família. A avó de **R** nunca se deu bem com o genro.

Na família de origem do pai de **R** havia quatro filhos: três mulheres e o pai de **R** como único filho homem. Conforme relato do pai de **R** eles sempre foram muito unidos. Ele perdeu uma irmã com 32 anos. Conforme refere a mãe de **R**, seu marido sempre foi mandado pelas irmãs, versão que ele não nega.

4.3.2 - A família de R

Os pais de **R** se conheceram na faculdade. A mãe de **R** refere que o início do namoro entre eles foi muito bonito, cheio de sonhos. Conheceram-se, casaram e foram morar em outro estado onde ficaram por cinco anos.

Lá nasceram os filhos e o casal vivia para eles. Referem que na vida conjugal inicial tudo transcorreu bem. A gestação de **R** foi normal, o parto também, ela foi amamentada por dois meses ao seio, depois disso passou para a mamadeira. Quando **R** contava com um mês e pouco, o pai a levou ao médico, toda arrumada pela mãe, no carrinho, cheia de topes. Quando tirou as roupas para o médico ver, refere que **R** parecia uma múmia, magrinha. O médico recomendou que esvaziassem um seio, "se desse 60 ml de leite poderia seguir com o seio, caso contrário teríamos que entrar com mamadeira". Esvaziaram os dois seios com sangue e deu 15 ml.

A mãe de **R** diz que lhe falavam que amamentar doía, e ela achava que doía mesmo. Mas como sabia sobre os benefícios da amamentação, não

aceitava não dar o seio. Só que nesta época **R** já havia se acostumado a dormir embalada, com a mãe caminhando e cantando. Ela chorava a noite inteira desde que nasceu até a idade de 2 a 3 meses. Ela era embalada e, quando colocada no berço, acordava. **M** lembra que não agüentava mais ver o dia amanhecer embalando a filha, foi uma época difícil.

Com relação ao nascimento do filho, o pai de **R** refere que se sentiu culpado porque achava que não poderia gostar tanto dele como gostava da filha.

R acha que seus pais queriam um filho homem quando ela nasceu, seu irmão tem o nome do pai, que já tinha o nome do avô. Diz que seu nome a mãe não tinha escolhido, tinha o nome de um menino para ela, e acabou colocando o nome **R**, o mesmo nome da enfermeira que atendeu sua mãe no parto. **R** conta isso com muita indignação.

O pai de **R** acha que sua mulher teve maior influência no meio familiar. Ele sempre achou que um problema na família deles era que a sogra, a esposa e a filha formavam uma santíssima trindade. Em educação a última palavra sempre foi da mãe de **R**. Ele lembra de uma ocasião em que buscou a filha em uma festa de aniversário à noite tipo reunião dançante. Ela deveria ter uns 13 anos. No local viu a filha se “agarrando” com um menino. Ao chegar em casa brigou com a filha porque este não é o padrão ético da família. A mãe de **R** foi contra ele, não acreditou no que ele estava dizendo. Ele contestou

porque havia visto com os próprios olhos, mas não mudou nada, e aos poucos foi se afastando deste papel.

A mãe de **R** refere que o relacionamento entre os filhos quando pequenos era bom. Ela até estranhava quando suas amigas reclamavam das brigas de seus filhos. Ela não viveu isto em sua casa. **R** e o irmão eram muito amigos entre si, quando pequenos, se adoravam, **R** era como a mãezinha dele. Tinham dois anos e pouco de diferença, ela cuidava dele, tudo o que ele queria era com ela. Foi assim até o final do primeiro grau, daí para adiante ela começou a se destacar do irmão nos estudos, ela ia bem na escola e ele não. Seu pai tinha que pagar para a direção da escola para ele passar de ano. Saíam à noite, iam a festas ou barzinhos e ele voltava para casa dizendo que ela era uma vadia, com o que **R** discorda. Seu pai parou de falar com ela. Nesta época **R** tinha 14 anos.

Conforme relato da mãe, ela nunca estudou mesmo com vontade, mas diz que quer fazer o curso de Direito.

Os pais de **R** negam o uso de substâncias psicoativas.

4.4 - História Atual

R teve seu primeiro contato com drogas aos 16 anos. Nesta época seus pais haviam se reconciliado após uma separação de aproximadamente 6 meses. **R** não estava de acordo com esta reconciliação, pois achava que sua mãe havia cedido demais para manter o marido e resolveu sair de casa. **R** tinha dinheiro para dividir o aluguel por um mês com sua amiga que já morava sozinha. Ela experimentou maconha e começou a usar ocasionalmente. Após este primeiro mês seu pai passou a pagar o aluguel. Nessa época, após uma discussão com os pais e com a avó materna, sentiu-se sem apoio e tentou o suicídio. Deu um tiro no peito, mas acabou ferindo-se no ombro esquerdo. A partir deste fato os pais ficaram receosos de dizer não para a filha, pois achavam que ela podia tentar suicídio novamente. Na época esteve em atendimento psiquiátrico e lhes foi dito que aquela havia sido uma tentativa séria de suicídio. A partir daí o uso de drogas foi se intensificando. Aos 17 anos usou cocaína pela primeira vez. De um ano e meio até a data da internação tem usado maconha quase que diariamente e atualmente tem usado cocaína nos fins de semana. Cheira de 3 a 10 "carreiras", bebe de duas a três doses de whisky quando usa cocaína. Não compra drogas, sempre usa com amigos. **R** não tem nenhuma atividade ocupacional, dorme até tarde, sai para encontrar amigos, vai a festas e só volta de madrugada.

Antes da tentativa de suicídio, ela andava "aprontando" com drogas e sexo. Foi mandada embora de um apartamento em que vivia. Passava dias

fora de casa, andava imunda, quando chegava em casa sua mãe não sabia por onde começar a limpá-la. Até que no dia em que ocorreu a tentativa de suicídio sua mãe havia lhe dito que bastava, que daquele jeito não a queria mais em casa. **R** foi para a casa da avó e esta disse o mesmo para ela, então tentou o suicídio.

Os pais a internaram contra sua vontade em uma clínica psiquiátrica para adolescentes, onde ficou por trinta dias. Após essa internação, fez alguns tratamentos psiquiátricos por pouco tempo. Passou a morar em Porto Alegre sozinha e conheceu um moço viciado em drogas e passaram a morar juntos e eram sustentados pelos pais de ambos. **R** refere que tinha medo de ser estéril, pois soube que tinha ovários policísticos, o que diminuiria suas chances de engravidar. Devido a esta situação resolveu ter um filho logo. Com 19 anos teve uma menina cuja gestação foi tumultuada. Amamentou a criança por dois meses. O "casamento" durou dois anos, mas desde a idade de um ano e dois meses de **F** os pais de **R** estão cuidando da neta.

Na internação atual **R** resolveu aceitar ajuda, pois diz ter medo de ficar dependente das drogas. Sua mãe acha que ela aceitou se tratar porque na cidade onde vive a situação estava difícil para ela. Roubaram uma jaqueta de couro de **R** e a mãe disse que ela havia trocado por pó. **R** queria provar à sua mãe que não, e deu queixa na polícia sobre sua jaqueta e também denunciou alguém que teria roubado o toca-fitas de uma amiga. Conseguiram a jaqueta de volta. Depois disso um rapaz passou a cercar a casa deles. A

situação de **R** estava “pesada” na cidade. Sua mãe acha que a internação também serviu para afastá-la um tempo desta situação na cidade.

R referiu que o pai não se importa com os seus namorados, nem com ela. Com relação ao pai da sua filha, sabe que ele não serve para ela, ele não aceita um não. Ela o viu destruir uma casa inteira e só ficou olhando, mas diz que ele é um “vício” na vida dela.

Faz um ano e meio que **R** está separada do companheiro. Os pais de **R** referem que eles não estão juntos porque ele não quer. Ela já foi procurá-lo, mas ele não quis ficar com ela.

Atualmente o pai de **R** a vê como uma pessoa doente, mas não acha fácil aceitar tudo o que ela “apronta”. Não briga com os namorados dela e até fica amigo de alguns depois que terminam com ela.

R e o irmão não se dão bem, ele tem vergonha dela. Conforme o casal, o filho tem um grupo bom de amigos, e até eles estão aproveitando a adolescência deste filho. Com frequência, nas entrevistas, tanto o filho como o pai enfatizam os aspectos negativos da evolução de **R** nesta internação. Eventualmente sua mãe faz o mesmo.

Os pais de **R** pensam que em algumas coisas eles são diferentes. O pai acha que não devem dar mais nada para **R** até que ela se acerte. A mãe

entende que se ela ganhasse um carro iria melhorar. O pai refere que, se R melhorar, vai ser difícil para sua esposa se afastar da neta que tem como filha. Ao longo de uma das entrevistas com a família, o irmão de R disse que se sente como irmão da sobrinha, e a neta é como filha para sua mãe.

O clima do relacionamento familiar é de disputa, de agressão.

4.5 - Fatos que Ocorreram nas Entrevistas: Algumas Hipóteses

O início da primeira entrevista com esta família caracterizou-se pela dificuldade de se encontrarem no horário combinado. O que eles trazem com esta situação é a dificuldade de se relacionarem, se encontrarem como pessoas, de acertarem seus horários e suas vidas. Idealmente todos querem arrumar suas vidas, mas na realidade não conseguem. Há projeção intensa dos familiares sobre R mas por outro lado todos querem que ela cresça (representado pela busca do tratamento) entretanto ficam ameaçados com este crescimento, daí o medo do encontro e a dificuldade inicial da entrevista.

A situação que ocorreu no início da segunda entrevista familiar entre o avô e a neta é peculiar e ajuda a entender o funcionamento desta família. Eles todos entraram na sala e a menina estava com uma pequena bola de basquete na mão na frente do avô. A avó de F disse que ela adorava colocar a bola na cesta. O avô pegou a bola da menina e fez que tinha atirado

pela janela, mas escondeu a bola entre as pernas. A menina mostrou-se angustiada frente à possibilidade de perder a bola. O avô mostrou a bola para ela e novamente fez a mesma brincadeira, devolvendo a bola para a menina. Ela pegou a bola, parecendo não ter entendido o que se passou. O avô em seguida fechou a cortina da janela dizendo: "Deixa eu fechar isso porque tu és louca e vais atirar a bola mesmo." A menina seguiu parada olhando para ele como se não estivesse entendendo o que estava acontecendo.

A brincadeira que o avô fez com a neta é o brincar de enganar o outro. Neste caso a menina ficou confusa, não foi esclarecido pelo avô o que ele realmente havia feito com a bola. Em outras ocasiões este avô apresenta comportamentos que visam burlar a realidade (quando compra o diretor da escola para o filho passar de ano, altera algumas informações para obter algumas facilidades). Existe uma cultura de atos anti-sociais nesta família. Ao final da brincadeira com a neta faz uma intervenção: "Deixa eu fechar isso porque tu és louca e vais atirar mesmo". Através desta intervenção sugere que ela não tem nem precisa ter controle sobre seus atos, são os outros que devem tomar os cuidados necessários para não ocorrerem problemas maiores. O "deixa eu fechar isso" inclui uma conduta onipotente da parte dele. O início da entrevista, caracterizado por esta situação com a filha de R sugere que o que estamos vendo em relação a F provavelmente ocorreu no desenvolvimento de R .

Por outro lado, com esta situação a família também estava expressando o desejo de colocar a bola na cesta, desejo de melhorar de vida, organizar-se, mas para isso alguém tem que ser acusado de louco. Eles precisam encontrar um outro jeito de funcionar onde não precisem de uma louca de plantão.

4.6 - Hipótese Psicodinâmica

R não foi desejada pelos pais, eles esperavam um filho homem, não tinham um nome de menina escolhido e deram a R o nome da enfermeira que atendeu o parto. Assim R nasceu dentro de um contexto familiar sem *holding*, ela foi rejeitada, o que fica evidenciado quando os pais não conseguiram enxergar as dificuldades do bebê, estavam cegos para a realidade, o médico é que viu o quanto ela estava passando privações, desnutrida, e mostrou isso aos pais. A bebê R toda enfeitada com laços e fitas corresponde a defesas maníacas para não entrarem em contato com a rejeição e persecutoriedade. Mais adiante os pais utilizam estes mesmos mecanismos maníacos quando o pai vê a menina namorando e a mãe fecha os olhos para isso. Nesta situação a mãe não quis entrar em contato com a realidade. Tanto a mãe como o pai juntos acabam por rejeitar esta filha, e eles oscilam nesta rejeição. O pai, no contato com a filha, é mais explícito nesta rejeição, mas procura dar algum limite. A mãe é mais sutil na rejeição porque ela protege um pouco, mas queria dar um carro para a filha que, com o uso de drogas, fica exposta ao risco de

morrer - novamente a utilização de defesas maníacas. O carro serve para carregar e ela não se dispõe a carregar a filha. **R** precisa de alguém que se disponha a carregá-la, e a mãe substitui isso dando coisas materiais. Por outro lado, o pai não se importa com os namorados dela. **R** reclama da falta de atenção dos pais, o pai diz que desde os 13 anos de **R** desistiu. Existe aí um clima edipiano não esclarecido, é possível que haja alguma coisa porque ela tenta o suicídio, é difícil o triângulo edípico. Há aliança e competição muito grandes entre estas mulheres.

Esta é uma família com características matriarcais, as mulheres são poderosas, fato este que vem pelo menos desde a avó materna de **R**, que era uma figura forte. O avô paterno de **R** era uma pessoa doente, frágil. **M** era o braço direito de sua mãe, mais avançada do que as moças da época, fazia coisas diferentes. A nível individual **R** também se destaca da maior parte das moças de sua época, só que de forma negativa, através do uso de drogas. A nível familiar ela impõe suas condições, desafia a autoridade e controla a família, pode tudo, faz o que quer.

O pai de **R** teve a experiência, em sua família de origem, de ser mandado pelas irmãs. Na família que formou percebia na sogra, esposa e filha um triunvirato. Tentou realizar um corte neste triunvirato (situação simbiótica) e não conseguiu. Pela ameaça ao equilíbrio existente a mãe de **M** cortou relações com o genro. Ele muitas vezes faz tentativas de decidir coisas, as coloca de forma enfática, mas não consegue fazê-lo com firmeza.

Suponho que o pai de **R** a usa como depósito para suas partes mais agressivas que, se fossem explicitadas na relação do casal, poderiam se transformar em uma tragédia no relacionamento do casal e da família.

Muitas diferenças do casal aparecem na educação dos filhos. É neste nível que eles brigam, estando o pai ao lado do filho e a mãe ao lado da filha é possível que briguem na verdade sobre o triunvirato feminino e a suposta submissão masculina. Parece-me que aqui entram novamente a aliança e a competição entre estas mulheres, onde a aliança é mais fraca entre elas do que a competição que na medida em que, não é explicitada, segue sendo um dos motivos que mantém **R** na situação de doente, incapaz, drogada. Para a mãe de **R** ao invés de ver-se frente à menopausa, num casamento que não deu certo, é mais satisfatório ser a mãe da neta (assim evita as perdas das mulheres da sua idade), e com a filha "problema" segue com um vínculo importante que a liga e a mantém com este marido.

O "tudo tão certinho" desde o começo na vida deste casal também poderia ser entendido como projeções do casal sobre **R** encobrendo um desejo de se aventurarem, de se arriscarem, de fazerem as coisas de forma diferente, não tão convencional, isto é, vidas não tão certinhas. E quem arrisca mesmo é a **R**. Este casal sempre se envolveu com problemas em suas famílias de origem, assumiam problemas dos outros em detrimento deles próprios. Eles se definiram como "apagadores de incêndio". Eles têm vivido para cuidar dos outros e não deles mesmos.

Frente às imposições dos pais, **R** joga com as informações, procura mobilizá-los a vê-la como coitadinha, e assim, mantendo o *status quo* de doente, mantém também este casal junto. Burla as regras e faz o que quer, garantindo também o suposto triunvirato das mulheres.

Há falta de limites neste meio familiar, há ambigüidade de papéis vividos por eles, pai e filho com nomes semelhantes colocam-se contra ao triunvirato feminino. **M** sente-se como mãe da neta. **I** refere a incapacidade de seus pais serem avós e o quanto o irmão de **R** se sente irmãozinho de sua sobrinha. Dentro deste contexto, **R** reclamava e associava seu médico ao pai, referindo ambigüidade ao médico. Na verdade a ambigüidade está na família, com o desejo e o medo de contato entre eles.

Tanto o pai como o irmão de **R** salientam constantemente e procuram reforçar as incapacidades e inadequações de **R**. Na medida em que ela segue doente e incapaz de cuidar de fato de sua vida, se torna mais fácil para eles, pois não precisam ver suas incapacidades nesta família. Algumas vezes **M** consegue compreender a filha, destacando as capacidades dela, seus progressos de forma adequada, salientando o bom mas apontando também a dificuldade. Dentro deste meio familiar o progresso de **R** não é considerado, podemos supor que a melhora de **R** não é tão desejada, pois significaria profundas mudanças no meio familiar. **R** fica presa nesta rede de interações familiares.

O clima familiar é de que **R** é louca em um grupo sadio. Para compensar isso ela arranja um grupo de amigos no qual esta situação se inverte e fica sendo a sadia no meio de loucos. Sentindo-se como sadia neste grupo pode apontar as falhas dos pais, ainda que, ao fazê-lo, viva um estilo de vida desorganizado baseado no burlar regras, "se correr o bicho pega, se ficar o bicho come".

R absorve problemas familiares, sente-se como lixo da família. Quando os pais reataram, **R** saiu de casa. Para eles estarem bem juntos ela precisa se afastar. O equilíbrio da família se processa no desequilíbrio dela. Os papéis são estanques, esclerosados, existem dificuldades dela e do grupo em distribuírem e assumirem seus papéis, o tio é irmãozinho também, os avós são pais, **R** é como uma menina irresponsável, a infantilidade é generalizada.

Ela abarca as "loucuras", o "lixo" de cada membro da família. O ganho que obtém com esta situação é o controle familiar. Concentrando as dificuldades de todos, ela se torna assustadora, perigosa, aos olhos dos familiares. Quanto mais as dificuldades deles estiverem centradas nela, pior ela fica na sua vida em geral e, paradoxalmente, mais poderosa frente a eles. Temem nela o que não precisam temer neles.

A tendência familiar é de extrapolar os limites, burlar as regras, o que tem a ver com o sentimento de que a realidade é muito rígida, que não dá espaço. Não aceitam que o viver é enquadrar-se às regras. **R** mostra tudo

isso ampliado e cristalizado. Não há o reconhecimento da cena primária, que é, em suma, reconhecer o outro, pai e mãe com suas identidades individuais, assumindo papéis específicos. Negando a cena primária, subvertem a lei, seduzindo, corrompendo. Há negação da afetividade e, negando o afetivo, aparece mais a tendência anti-social, a subversão, a perversão que as pessoas têm em geral em níveis menores. A parte saudável é anestesiada, a droga é usada para adormecer essa parte. O funcionamento familiar é esquizo-paranóide, com a utilização de supostos básicos de luta e fuga, dependência, até mesmo acasalamento.

Quando R é compreendida, sensibiliza-se verdadeiramente e assim nos mostra o seu potencial de saúde que tem sua contrapartida na busca de atendimento para ela por parte da família.

Informações posteriores revelaram que o casamento só deu certo durante os primeiros 5 anos. O casal não aceitou a realidade de que a relação que não funcionou. Este é um indicador de não aceitação da realidade em que vivem enquanto casal. A não aceitação desta realidade é um padrão de vida deles, driblam a realidade. Eles vivem o sonho do casamento ideal. R vive no sonho proporcionado pelas drogas que a fazem crer que leva uma vida boa. É difícil para esta família largar o mundo dos sonhos, dos devaneios, viver as falhas, faltas, as frustrações inevitáveis da vida.

As informações acima nos indicam o quanto esta família não está conseguindo atingir os objetivos enquanto grupo familiar, podendo ser caracterizada como uma família disfuncional.

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar a análise de conteúdo das entrevistas dialogadas, percebi que cada família tem uma realidade individual e única, entretanto, dentro da individualidade de cada grupo familiar, encontrei alguns aspectos que a maior parte delas apresentam em comum e que se constituíram nas categorias descritas adiante. Genericamente é possível discutir a similaridade de comportamentos ainda que especificamente cada família possua um funcionamento psicodinâmico individual. Ao descrever as categorias, que foram ilustradas com relatos dos membros da família, percebi que muitos aspectos da realidade individual de cada uma dessas famílias seriam melhor comentados se os Resultados e a Discussão deste estudo fossem apresentados de forma conjunta.

Para que o leitor tenha uma visão mais clara de cada família, descrevo, a seguir, cada uma delas:

Família 1: Constitui-se de quatro membros, pai com 48 anos, a mãe com 47, a paciente identificada com 21 anos e o irmão com 18 anos. O diagnóstico da paciente identificada é de abuso de cocaína, maconha e álcool.

Família 2: Constitui-se de seis membros. O pai com 50 anos, a mãe com 47 anos, o irmão mais velho tem 19 anos, o paciente identificado tem 14 anos, o irmão seguinte 12 anos e irmã mais nova tem 8 anos. O diagnóstico do paciente identificado é de abuso de voláteis.

Família 3: Constitui-se de cinco membros. O pai e a mãe tem 53 anos, o irmão mais velho tem 31 anos, a irmã tem 30 anos e o paciente identificado 27 anos. O diagnóstico do paciente identificado é de dependência de cocaína, maconha e álcool.

Família 4: Constitui-se de cinco membros. O pai tem 52 anos, a mãe 48 anos, o irmão mais velho 25 anos, o irmão seguinte 22 anos e o paciente identificado tem 18 anos. O diagnóstico do paciente identificado é de dependência de cocaína, maconha e abuso de álcool.

Família 5: Constitui-se de quatro membros. O pai tem 55 anos, a mãe 52 anos, o irmão mais velho 28 anos e o paciente identificado 22 anos. O diagnóstico do paciente identificado é de dependência de maconha, uso nocivo de álcool e cocaína.

Estes diagnósticos foram retirados dos prontuários dos pacientes e foram feitos pelos médicos assistentes da equipe na situação da baixa hospitalar.

Neste estudo emergiram as seguintes categorias: características da relação mãe-bebê; papel da mãe; papel do pai; características do casal parental e dinâmica familiar.

5.1 - Categoria I - Características da Relação Mãe-Bebê

No relacionamento inicial de uma mãe com seu bebê, ela precisa ter uma identificação com o bebê que ocorre na medida em que ela é capaz de desviar o interesse de seu próprio *self* para o bebê, o que constitui a preocupação materna primária. O bebê vai se identificar com a mãe na medida do que for receber dela em termos de capacidade amadurecida. É assim que as coisas começam (Winnicott, 1993).

Apresento relatos dos casais das famílias estudadas que fornecem informações sobre as relações entre as mães e seus bebês.

Na família 1 a mãe, falando sobre o período inicial da vida do casal e do nascimento da filha, refere:

"Conosco foi tudo planejado, tudo direitinho, sabes aquelas vidas certas, tudo bonitinho. A gestação da R foi normal, o parto também. Ela mamou até os dois meses no seio, depois na mamadeira".

A seguir o pai comenta:

"Lembro que a levei no médico, toda arrumada pela mãe, estava no carrinho, cheia de topes. Quando tirei as roupas para o médico ver, ela parecia uma múmia, magrinha. O médico disse que era para esvaziarmos um seio, se desse 60 ml de leite poderia seguir com o seio, caso contrário teríamos que entrar com mamadeira. Esvaziamos os dois seios com sangue e deu 15 ml".
(sorrindo)

Novamente a mãe:

"Me falavam que amamentar doía, e me doía mesmo. Mas eu não aceitava não dar o seio, sabia dos benefícios da amamentação. Só que nesta época ela já havia se acostumado a dormir embalada, caminhando e cantando. Lembro que não agüentava mais ver o dia amanhecer embalando a R. Foi uma época muito difícil para mim, ela chorava a noite inteira desde que nasceu, eu a embalava e depois, quando ia colocar no berço, ela acordava".

Estes relatos sugerem que a relação inicial mãe-bebê foi difícil, provavelmente para ambas, mãe e filha. O par mãe-bebê encontrou dificuldades em se acertar, parece que o bebê exigia mais do que a mãe tinha para dar na época.

Na família 2 podemos ter uma idéia do relacionamento inicial mãe-bebê através da seguinte descrição da mãe:

"Eu fui atropelada por um táxi. O M não tinha nem um mês de idade. O táxi foi desviar de um outro carro subiu a calçada e me pegou, quebrei o braço e a clavícula. Até ele completar 3 meses fiquei engessada, não podia atender a criança, por isso o pai dele me ajudou muito. Não pude cuidar do bebê, trocar as fraldas, para amamentá-lo minha sogra o colocava no peito porque eu não conseguia segurá-lo. O M foi o único dos meus filhos que teve cólicas dos três meses, foi quando iniciei a cuidar dele novamente. Eu recém havia tirado o gesso. Ele teve bronquite e foi hospitalizado diversas vezes quando bebê devido à bronquite. A bronquite passou depois de muita simpatia, porque os remédios não adiantavam".

M foi parcialmente privado do contato com a mãe nos primeiros meses de vida. Outras pessoas, o pai e a avó, assumiram os cuidados do bebê. Supomos que as cólicas dos três meses podem estar associadas ao retorno dos cuidados da mãe, sugerindo uma relação inicial mãe-bebê difícil.

Na família de número 3 a relação mãe-bebê, conforme relato da mãe, é a seguinte:

"Desde o primeiro dia ele chorou sem parar. Ele mamou até os três meses, mas com protetor de seio, porque com o primeiro filho fiquei muito

machucada ao amamentar, daí para diante só usei protetor. Foi o filho mais difícil que eu tive. Eu costumo dizer que ele teve dois pais e duas mães. Éramos nós dois e os caseiros. Nós nos revezávamos dia e noite. Ele era muito inquieto e não dormia, tomou neozine quando pequeno para dormir, dos 3 aos 9 meses. Eu me sentia meio culpada porque tinha os dois maiores e não podia ficar muito com ele, porque levava um para a aula disso e o outro para a aula daquilo. Até que procurei um médico psiquiatra e ele me disse que o importante era a qualidade do tempo que eu ficava com o C. Nesta época ele tinha 9 meses, foi quando este médico trocou o neozine por fenergan ".

Os outros filhos tomavam muito tempo da mãe, foram necessários dois pais, duas mães, mais o neozine na tentativa de acomodar este bebê. A amamentação não foi uma situação confortável para a mãe com nenhum dos filhos, a ponto de precisar de um protetor de seio. Esta criança era agitada, chorava muito, usou medicações fortes desde o início de sua vida. A partir destes dados suponho que a relação mãe-bebê neste caso foi muito difícil para ambos.

Na família 4 encontro a seguinte situação sobre a relação inicial mãe-bebê:

"Dos três filhos o P era o mais tranquilo de todos. Mamou até os 3 meses, não teve problemas com a alimentação. Ele só demorou para falar, eu até procurei o pediatra, ele não tinha nada, foi falar só com 3 anos, mas

entendia tudo o que a gente dizia. Nesta idade ele adorava brincar com jogos de montar, dos filhos foi o que mais brincou de montar, ele podia montar uma sala inteira com estes brinquedos de encaixar".

Pensando sobre a relação inicial mãe-bebê, este bebê era tido como tranquilo, mas foi uma criança que não falou até os três anos de idade, sugerindo alguma dificuldade na relação com a figura materna, que se manifestou através de uma inibição da fala.

Na família 5 encontramos a seguinte situação, a partir do relato da mãe:

*"Na primeira gestação tive um aborto espontâneo com 3 meses, aquilo foi muito difícil para mim na época. Em seguida fomos morar em Y e foi lá que nasceu o nosso primeiro filho, três anos depois do aborto. Eu tenho Rh negativo e o bebê não teve problema com o Rh, mas ele nasceu com fórceps. Logo a seguir engravidei de novo, mas, como tive rubéola, fiz uma curetagem com dois ou três meses de gestação e isso também foi difícil para mim. Por causa do Rh e deste último aborto resolvemos esperar um pouco mais para termos outro filho. Após cinco anos e meio nasceu o **H**".*

*"A gestação do **H** toda correu muito bem, trabalhei até o final da gestação e fiz cesariana. Ele nasceu com dois quilos e setecentos e cinquenta gramas, teve que trocar de sangue pelo problema do Rh e teve icterícia. Ficou*

três dias na tendinha, até o terceiro dia eu não tocava nele. Depois fez um controle quinzenal do sangue, tiravam sangue do pé. Para mim foi difícil. Eu tinha uma expectativa de que fosse uma menina, acho que o R também esperava por uma menina. Depois senti remorso por esta expectativa minha porque, afinal, tive um filho perfeito".

"Mas foi uma época difícil porque, com um mês e pouco, saiu uma hérnia nele, era uma hérnia encarcerada. Ele estava para ser operado quando a hérnia absorveu naquela noite, mas mesmo assim teve que fazer uma nova transfusão de sangue e acabou fazendo a cirurgia da hérnia e fimose junto. Ele foi todo picado, tinha um mês e alguns dias quando operou. Mas mesmo assim era uma criança calma, tranqüila".

Esta mãe já tinha uma história anterior ao nascimento de H com problemas frente à gestação. Logo após o nascimento, esse bebê foi privado parcialmente do contato com a mãe em função da transfusão de sangue. Ela ficou sentindo-se muito culpada por ter desejado uma menina. O bebê precisou sofrer uma intervenção cirúrgica com um mês e meio de vida, quando foi "todo picado". A história prévia das gestações, o sentimento de culpa por desejar uma menina, a transfusão de sangue e a cirurgia que o bebê sofreu sugerem um período de relacionamento mãe-bebê estressante para ambos.

Nas famílias estudadas, me chamou a atenção que houve dificuldades na relação mãe-bebê, onde as mães encontraram dificuldades em

conter os bebês associadas a situações ambientais (saúde física, acidentes) que dificultaram o estabelecimento de uma relação mãe-bebê mais caracterizada pela preocupação materna primária e pelo *holding* proposto por Winnicott.

Nos casos das famílias 1 e 3, casos com maior comprometimento, os bebês eram ávidos, ansiosos, difíceis de serem manejados pelos pais e causaram alterações importantes no funcionamento familiar como, por exemplo, a necessidade de dois pais e duas mães na impossibilidade de o casal de pais conter o bebê. Estas alterações a nível familiar consistiram em tentativas por parte dos pais em realizar alguma adaptação ao bebê.

Na família número 2 não encontrei queixas de um bebê ávido, difícil de ser manejado. A maior dificuldade trazida foi a impossibilidade da mãe de cuidar da criança integralmente devido ao acidente sofrido. Houve substitutos (pai e avó) e o contato com a mãe não deixou de existir. A dificuldade na relação mãe-bebê, neste caso, surge quando a mãe retoma os cuidados com o filho, em torno dos três meses de idade, período em que surgem as cólicas do bebê.

Winnicott (1993) refere: “Os bebês bem cuidados rapidamente estabelecem-se como pessoas, cada um deles diferente de todos os outros que já existiram ou existirão, ao passo que os bebês que recebem apoio egóico inadequado ou patológico tendem a apresentar padrões de

comportamento semelhantes (inquietação, estranhamento, apatia, inibição, complacência)”.

As dificuldades apresentadas na relação entre as mães e seus bebês, nesta pesquisa, se caracterizaram mais por impotência das mães em lidar com os bebês e com suas dificuldades individuais do que por confusão frente aos bebês. Ao pensar no provável sentimento de impotência destas mães frente a seus bebês, lembro o quanto, no uso de drogas, é buscada uma sensação de plenitude, de satisfação total, um sentimento oceânico que inclui um poder tudo, oposto ao sentimento de impotência provavelmente vivido na relação inicial das mães com os bebês e, em contrapartida, deles com elas.

Segundo Winnicott (1982), “o objeto externo é criado e investido de energia quando o bebê consegue viver a onipotência através da relação com a mãe suficientemente boa. Aos poucos ele renuncia à onipotência e passa a usar a ilusão do onipotente brincando e imaginando. Este processo constitui-se a base do símbolo. Quando a adaptação da mãe ao lactente não é suficientemente boa, o processo que leva à capacidade de usar símbolos não se inicia ou então se torna fragmentado. Neste caso o bebê é seduzido à submissão e a um falso *self*”.

É possível que estes bebês, por não terem vivido plenamente uma adaptação da mãe suficientemente boa, não tenham desenvolvido plenamente o sentimento de onipotência mais precoce na relação com suas mães.

De acordo com Winnicott (1993): "Se o apoio do ego da mãe não existe ou é fraco ou ainda instável, a criança não consegue desenvolver-se numa trilha pessoal e o desenvolvimento passa a estar mais relacionado com uma sucessão de reações a colapsos ambientais do que com urgências internas e fatores genéticos".

Ainda conforme Winnicott (1987): "... A mãe necessariamente não mantém um alto grau de adaptação às necessidades do id e, em certa medida, portanto, todo o bebê sofre privação mas é capaz de induzir a mãe a curar este estado de subprivação, na medida em que ela cuida desta avidez, da sujeira do bebê, etc., que são sintomas de privação. A avidez é parte da compulsão do bebê para buscar um cura por parte da mãe que causou a privação. Essa avidez é anti-social; é precursora do furto e pode ser atendida e curada pela adaptação terapêutica da mãe, tão facilmente confundida com excesso de mimo. ...".

5.2 - Categoria II - Papel da Mãe

O desenvolvimento do ser humano depende de aspectos genéticos, constitucionais das experiências de vida que estão intimamente associadas a um bom ambiente, representado inicialmente pela mãe. No começo há uma dependência absoluta do bebê, em relação à mãe, que a seguir se torna relativa e, em condições normais, rumo à independência.

Na família 1 a paciente identificada durante a adolescência fez uma tentativa de suicídio com dois tiros, um dos quais atingiu o ombro esquerdo. Ao conversarmos sobre este fato, a mãe nos explica o que ocorreu antes da tentativa:

"Ela andava aprontando, daquele jeito, drogas, sexo, daí foi mandada embora de um apartamento em que vivia porque estava se prostituindo por drogas. Passava dias fora, andava imunda, quando chegava em casa eu nem sabia por onde começar. Até que nesse dia eu disse que chegava, que desse jeito eu não queria mais ela em casa. Ela foi para a casa da avó e a avó disse o mesmo para ela, então tentou o suicídio".

Logo a seguir o pai traz o seguinte relato:

"Esta foi a primeira vez na vida que vi a minha mulher ser dura com a filha. A vida inteira, desde bebê, ela a protegeu, eu achava que tinha que ser mais duro com ela mas também não agia. Deixava que a mãe resolvesse. O problema é que sempre achei que era uma santíssima trindade, a minha sogra, a minha mulher e a minha filha. Em educação a última palavra sempre foi da minha mulher. Ela que decidia eu não me envolvia".

Aqui o pai se refere ao modelo patriarcal existente na família de origem de sua esposa e à continuidade deste modelo em sua família atual.

Fica evidente a dificuldade em colocar limites por parte da mãe, ou "superproteção materna" como é freqüentemente descrito.

A mãe acrescenta:

"Eu sempre quis o melhor para os meus filhos, queria poupá-los das coisas mais difíceis, queria que fossem felizes".

Ser feliz para esta mãe é semelhante a não enfrentar dificuldades, poder tudo que implica em falta de limites. Coincidentemente o uso de drogas visa à satisfação total. Mas, ao longo das entrevistas com a família, observei que a mãe era quem revelava possibilidade de algum apoio, de algum contato afetivo com a paciente identificada dentro do meio familiar. Em algumas situações ela acreditava na filha, se dispunha a uma relação mais próxima e significativa com a filha, conforme pode-se observar adiante:

" R, és a nossa maior preocupação agora, na mesma medida em que és importante na nossa família. As outras coisas, problemas com empregados, etc. são preocupações do dia a dia, normais da vida que não nos tomam tanta atenção...."

" R, deixa eu te dizer que eu sei o quanto sabes cuidar da tua filha,... lembro que disseste uma coisa para mim uma vez e eu nunca esqueci. Disseste que já estavas cansada de ser líder na escola. Esta é uma coisa que

tens contigo. Deixa um pouco esta tua liderança e aceita o tratamento que o médico te indica".

Na família 2 a mãe refere características da sua relação com os filhos:

" O F foi amamentado no peito até os 7 anos de idade, mamava junto com o irmão mais novo. Eu me sentava no sofá e cada um ficava mamando em um seio. Os outros também mamaram assim por orientação médica. F (12) foi amamentado até os 7 e usou bico até os 11 anos. F (8) também foi amamentada até os 7 anos. Só o F (19) foi amamentado até os 7 meses porque na época eu trabalhava, dava aula em uma escola. Eu parei de amamentar faz um ano, sempre tive muito leite, meu leite é forte" (disse com orgulho).

A amamentação com um término tão tardio caracteriza uma relação que estimula a dependência e a simbiose. É uma relação de superproteção com os filhos que eventualmente pode também ter um componente de satisfação sexual associado.

A seguir apresento a postura da mãe com o filho na situação atual de internação:

"Filho é sempre filho. Eu que tenho pressão alta, tomo remédio, às vezes não passo bem, mas não deixei de vir aqui um dia para ver o F. Hoje mesmo volto à tarde" (falou isso com os olhos cheios de lágrimas).

"O F era um menino bom, de uns quatro anos para cá é que mudou, ficou mais quieto, fechado, não fala mais com a gente, não é como antes. Ele não aceita mais meus carinhos, minhas festas, os beijos. Eu sou assim de estar sempre abraçando, beijando meus filhos, é meu jeito, sempre fui assim".

Nesta família novamente encontramos uma relação superprotetora da mãe estimulando a dependência, a simbiose. Fica claro também sua disponibilidade com o filho, seu posicionamento receptivo. F sente que pode contar com a mãe, inclusive procurou por ela para dizer que estava usando drogas e que precisava de ajuda.

Na família 3 a mãe refere:

"Mas eu vou dizer, estou com muita pena dele, já antes de vir para cá queria dizer isso para eles, mas não disse porque iriam dizer que eu estava superprotegendo o C como sempre acham que faço".

"Agora, de todos os meus filhos, o que eu fecho melhor é o C. Eu nem preciso conversar com ele, eu olho e me acerto com ele. Com nenhum

outro filho meu é a mesma coisa. Com a minha filha eu vivia brigando, agora que melhorou um pouco. O meu outro filho nunca fechou muito comigo".

O "olho para ele e me acerto" quer dizer "sei o que ele está pensando", indica grande proximidade e sugere controle intenso sobre este filho, uma espécie de superproteção que é a queixa dos familiares. A seguir um momento em que esta mãe mostra um posicionamento afetivamente disponível com o filho, mas trazendo algum temor frente ao uso de drogas.

"Na semana passada achei maconha no quarto dele. Mais tarde vi que ele estava colocando a maconha no vaso sanitário, fui lá, abracei ele com carinho e fiquei feliz de ver a atitude dele. Mas agora estou preocupada".

Na família 4 temos o seguinte relato da mãe:

"Eu me preocupo muito com os filhos, se eles vêm a Porto Alegre para passear fico preocupada, acho melhor estar em casa com eles, cuidando, mesmo que isso não mude nada porque eles fazem o que querem comigo em casa, cuidando ou não, mas eu não consigo me desligar".

Ao que o pai acrescenta:

"Desde os 44 anos falo para ela que temos que aproveitar mais a vida, mas ela não consegue se desligar dos filhos".

"... Nas vezes que viemos a Porto Alegre nem ficamos aqui para voltar no dia seguinte porque ela quer ver se os filhos estão bem em casa, eles não são mais bebês".

Na situação da internação percebi a mãe de **P** motivada a pensar as situações vividas em casa, como segue:

*"É difícil esta situação com o **P**, eu fico muito preocupada. Começou a chorar. É que eles escondem as coisas de mim. Eu desconfio que o filho do meio também usa drogas, ou usou, não sei. O **P** acha que este irmão entrega ele para nós. Mas, na verdade, eles todos me protegem, não contam as coisas para mim porque sou muito sensível. Acho importante podermos fazer uma entrevista com a família toda porque este filho do meio não se dá com o **P** e eu gostaria de saber, de vê-los juntos, de esclarecer este assunto" (mãe na família 4).*

A partir das queixas do marido de que ela não se desliga dos filhos e das preocupações manifestadas pela mãe em relação aos filhos, levanto a hipótese aqui também de superproteção materna. Mais dados sobre a relação desta mãe com seu filho não tenho, pois não foram realizadas entrevistas com a família. Eles foram para a praia, logo após a alta hospitalar e não conseguiram organizar um horário em que a família pudesse se reunir para a entrevista.

Na família 5 tanto a mãe como o pai referiram um sentimento de fragilidade em relação ao filho desde o nascimento. A mãe de H é uma mulher ativa, organizada e acha que eles enquanto casal superprotegeram o filho ao longo da vida. A seguir uma colocação dela sobre sua relação com o filho:

"Eu sempre tive mais afinidade com este filho".

"Eu fiquei muito chocada com a situação de ter de internar o H. Eu nunca imagine que isso pudesse acontecer conosco. Mas, graças a Deus, ele está bem agora, aceitando o tratamento, o hospital, isso me deixa feliz, acho que tudo vai ficar encaminhado".

A partir das considerações do casal de que sempre facilitaram tudo para este filho, da afinidade maior da mãe com H, penso em uma relação de superproteção da mãe com o filho também.

Em sua maioria estas mães, através das histórias de vida, revelam maior afinidade com os filhos dependentes químicos do que com os outros filhos e estimulam a dependência deles em relação a elas e, conseqüentemente, ao meio familiar. Foi no contato com estas mães que observei, na fase inicial do tratamento do paciente identificado, momentos de disponibilidade afetiva dentro do meio familiar em relação ao dependente químico. Estas manifestações de apoio por parte das mães revelam um pouco sobre o potencial de saúde do grupo familiar. Ao se colocarem afetivamente

disponíveis, estas mães nos revelam os recursos familiares disponíveis para conter um membro da família que precisa de ajuda. Esta disponibilidade materna precisa ser apontada, especialmente se entendermos que a tendência anti-social implica esperança.

Para Winnicott (1987) "a compreensão de que o ato anti-social é uma expressão de esperança é vital no tratamento de crianças que apresentam tendência anti-social. Vemos constantemente o momento de esperança ser desperdiçado, ou desaparecer, por causa de má administração ou intolerância. É outro modo de dizer que o tratamento da tendência anti-social não é a psicanálise, mas administração, uma conduta no sentido de ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele".

Grolnick (1993) refere: " À medida que se desenrola o quadro da mãe winnicottiana, ela é vista como empática, embora ainda preocupada consigo. Ela está ansiosa para proporcionar prazer e brinquedo a seu filho, mas sabe que o lado dramático da vida exige limites, restrições, frustrações e desilusões graduais. Esperamos que ela saiba aguardar e sentar confortavelmente, que saiba ser uma facilitadora, que saiba absorver os afetos agressivos da criança ainda assim, ela sabe quando precisa entrar e assumir e, se necessário, 'acabar a sessão'."

Nesta categoria, como na anterior e na que segue é necessário lembrar Winnicott (1987) novamente e ter em mente o interjogo muito sutil

que, segundo ele, existe entre a tendência herdada ou pessoal para o processo de maturação por um lado, e por outro lado, o ambiente facilitador representado pelos seres humanos que se adaptam às necessidades dos filhos e especialmente quando, de uma forma muito humana, não conseguem adaptar-se a estas necessidades.

5.3 - Categoria III - Papel do Pai

Nesta categoria o pai na família 1 refere:

"Lembro que a levei no médico, toda arrumada pela mãe, no carrinho, cheia de topes. Quando tirei as roupas para o médico ver, ela parecia uma múmia, magrinha. O médico disse que era para esvaziarmos um seio, se desse 60 ml de leite poderia seguir com o seio, caso contrário teríamos que entrar com mamadeira. Esvaziamos os dois seios com sangue e deu 15 ml".

"Lembro de uma ocasião que busquei a R numa festa de aniversário à noite, tipo reunião dançante. Ela deveria ter uns 13 anos. Ao chegar no local vi ela se agarrando com um menino. Quando cheguei em casa briguei com ela, porque este não é o padrão ético que temos. A mãe dela foi contra mim, achava que não havia acontecido nada do que eu estava dizendo. A R disse que não era verdade. Eu contestei porque havia visto com meus olhos. Não mudou nada e, aos poucos, fui me afastando deste papel".

Através destes relatos fica caracterizado o quanto este pai acompanhava, fazia parte da vida familiar, e o afastamento que foi ocorrendo.

A seguir um exemplo do posicionamento atual deste pai nas situações de entrevista, durante a hospitalização da filha; ela queixa-se do médico fazendo exigências ao pai.

"Vais te tratar com ele, sim, porque eu só pago este, não vais trocar não, porque eu não vou pagar. Querias de tratar, pois tens esta chance!"

"Podes sim, dois anos não é muito tempo! Tu já perdeste tempo. Quem não pode perder tempo agora sou eu que sou mais velho."

"Eu quero dizer que não negocio apartamento aqui. Quando há uma greve entre empregados e trabalhadores, os trabalhadores têm o que negociar, que é o serviço deles. Tu o que tens para negociar? Nada. Só a afetividade, nada mais. Não podes viver por tí, não tens nada, neste caso não tem negociação".

As tentativas deste pai em colocar limites ao longo da adolescência da filha foram infrutíferas. Provavelmente a postura superprotetora da mãe interferiu neste processo. Com o passar do tempo ele foi se afastando do papel de colocar limites. Durante o período da internação hospitalar, ele tentou estabelecer limites à filha, mas estes limites se caracterizaram como

imposições, com poucas considerações aos sentimentos dela, a ponto de dizer que a "única", coisa que ela tinha para negociar era a afetividade que significava "nada".

Na família 2 observo também o envolvimento do pai com os filhos no período inicial da vida familiar, como segue:

"O filho que mais cuidei foi o F porque ela estava engessada, eu trocava fraldas, etc. Ele era o filho que mais ficava comigo. Desde pequeno, se eu ia fazer alguma coisa, ele estava sempre do meu lado".

Adiante relatos de como o pai se envolve atualmente na situação familiar :

" Isso dos filhos é com ela, eu só trabalho, chego em casa cansado, quero só tirar a roupa do trabalho e descansar. Os filhos é com ela, nada comigo".

"O meu lazer é chegar do trabalho e sentar na varanda. Eu brigo muito e reclamo muito dos filhos porque eles não ajudam, não querem fazer nada, brigo mas nunca bati neles. Pelo meu tipo de trabalho preciso ter calma em casa".

O pai de **F** é um alcoólita de pelo menos vinte anos de uso abusivo de álcool. Durante a internação de **F** seu pai também estava internado, devido a uma hepatite, no mesmo andar que o filho. Chamou a atenção da equipe que pai e filho não se falavam, nem sequer se cumprimentavam. O pai deixou de falar com o filho porque este lhe roubou um maço de cigarros, mas já fazia algum tempo que não se relacionavam mais como quando ele era pequeno. Este pai atualmente fica distanciado não se envolve com os compromissos e responsabilidades associados à educação dos filhos.

Na família 3 encontramos a seguinte situação:

"Quando eles eram pequenos eu que assumia mais as crianças durante o dia, mas à noite, quando algum chorava, ele (o pai) era quem atendia as crianças, sempre foi assim" (mãe).

Atualmente a postura do pai em relação ao paciente identificado é a seguinte:

"C, tu és uma bomba, só pai e mãe para agüentar!"

O pai de **C** falou isso com raiva, mas havia uma tonalidade de brincadeira que lhe possibilitou falar tão abertamente.

"Quantas vezes tu comparas a gente e fala do C como o problema, pai " (irmã).

Em outro momento o pai declara:

"Agora eu já tenho mais dificuldade de me aproximar do C. Sempre foi assim com ele, com meus outros filhos não era assim. Quando abraço o C, eventualmente isso acontece, sinto que a proximidade é importante para ele, mas eu não consigo muito".

Este último relato foi muito sincero e até um pouco constrangedor. Se fosse comparar postura dos outros pais em relação a seus filhos com a deste pai, eu diria que ele revela maior possibilidade de estar afetivamente próximo do filho, mesmo verbalizando que o filho é uma bomba que só pai e mãe agüentam.

Nesta família o pai era participativo no cuidado das crianças e ainda o é, entretanto mostra-se distanciado do paciente identificado.

Na família 4 a mãe de P comenta o relacionamento atual do pai com os filhos:

"Ele sempre gostou muito de esporte, ele não é uma pessoa disponível para falar como eu, até com os filhos o relacionamento dele é

distante. O filho mais velho é o que se dá melhor com ele, porque com o tempo também aprendeu a gostar de futebol e assim eles se aproximaram, o filho do meio está começando a gostar de futebol e também começando a se relacionar melhor com o pai".

A postura deste pai na internação do filho e frente à abordagem familiar consistia em um posicionamento objetivo, distante, com pouco tempo disponível para esta atividade. Por terem desistido de participar do estudo, não tenho mais dados sobre o envolvimento familiar deste pai quando os filhos eram pequenos.

Na família 5 o relacionamento entre H e o pai foi colocado pela mãe deste modo:

"O pai dele sempre foi mais distante fisicamente, mas era um pai presente. Desde pequeno o pai acompanhava à distância. O contato era muito mais comigo".

Este é o casal que tinha uma sensação de fragilidade em relação ao paciente identificado. O pai, nesta família, sempre esteve acompanhando mais à distância. O contato sempre foi muito mais com a mãe.

A maioria destes pais nestas cinco famílias se afastaram ou foram afastados de funções paternas importantes: a colocação de limites e a

proximidade com os filhos. Na situação de entrevista se mostraram às vezes impositivos, outras vezes mais distanciados dos filhos. Pensando mais sobre estas posturas apresentadas por eles, é possível que a hospitalização e o ambiente de contenção que o hospital representa tenham auxiliado alguns destes pais a perceber suas possibilidades em estabelecer regras dentro do meio familiar em relação aos filhos dependentes químicos, e assim readquirir uma situação hierarquicamente superior perdida ao longo dos anos dentro da família.

Antes da internação todos os pacientes identificados exibiam comportamentos considerados anti-sociais, como mentiras constantes, roubo e tráfico de drogas.

Os comportamentos anti-sociais por parte dos filhos dependentes químicos nos últimos tempos ficaram fora do controle familiar, dos pais e, em especial, da figura paterna que tende a representar a autoridade, o poder, a lei em famílias constituídas de forma mais saudável.

Ao pensar nesta categoria lembro Winnicott (1987): "Quando uma criança rouba açúcar, ela está procurando a boa mãe, de quem ela tem o direito de tirar toda a doçura que houver. De fato, essa doçura é da própria criança, pois ela inventou a mãe e a doçura desta a partir da sua própria capacidade para amar, Também procura o pai, se assim podemos dizer, que protegerá a mãe de seus ataques contra ela, ataques realizados no

exercício de amor primitivo. Quando uma criança rouba fora de casa, ainda esta procurando a mãe, mas procura-a com maior sentimento de frustração e necessitando cada vez mais encontrar, ao mesmo tempo, a autoridade paterna que pode pôr e porá um limite ao efeito concreto do seu comportamento impulsivo e à atuação das idéias que lhe ocorrem quando está excitada. Na delinqüência plenamente desenvolvida ...chama a atenção a necessidade aguda que a criança tem de um pai rigoroso, severo, que proteja a mãe quando ela é encontrada”.

Esta idéia pode também ser aplicada a adolescentes dependentes de drogas que precisam independizar-se dos pais para se tornarem indivíduos diferenciados e crescerem com a maturidade. Nos casos em que a tendência anti-social existe, como ocorre na dependência química, a estabilidade do novo suprimento ambiental pode dar a terapêutica.

Confirmando os achados deste estudo, Stoker e Swadi (1990) encontraram que pais em famílias com adolescentes abusadores de drogas são percebidos como ineficazes e menos significativos do que as mães.

5.4 - Categoria IV - Características do Casal Parental

“A existência da família e a preservação de uma atmosfera familiar resultam do relacionamento entre os pais no quadro do contexto social em que vivem”(Winnicott, 1993).

De acordo com este autor, existem forças muito poderosas inconscientes ligadas à criação e conservação da família, que estão associadas a fantasias sexuais complexas, ao desejo profundo dos pais serem iguais a seus próprios pais no sentido de serem adultos. O estabelecimento de uma família e seu crescimento neutralizam as idéias assustadoras de danos causados, de corpos destruídos, de monstros gerados inconscientemente.

Esta categoria foi dividida em dois itens: vivências dos pais em suas famílias de origem e dificuldades conjugais.

5.4.1 - Vivências dos pais em suas famílias de origem

A seguir apresento relatos das mães e pais das famílias estudadas referindo-se à experiência vivida por eles em suas famílias de origem:

"Na minha família meu pai era uma pessoa doente dos pulmões, sempre trabalhou, e nós em casa tínhamos muitos cuidados com ele. Todos os

invernos rigorosos eram uma preocupação para nós. Ele morreu quando eu tinha 15 anos. A minha mãe teve que tomar conta dos 3 filhos e dos negócios dele. Eu, como filha mais velha, ajudava muito, com 15 anos, autorizada pela minha mãe, já dirigia, pois tinha que levá-la aos lugares. Isso não era comum naquele tempo, eu fazia coisas diferentes das moças da época e chamava a atenção por isso. Eu era o braço direito da minha mãe, ela era uma mulher forte, decidida" (mãe na família 1).

Esta mãe em sua família de origem viveu em um modelo familiar matriarcal. Sua mãe era uma mulher forte, decidida, e o pai uma pessoa doente, frágil, que inspirava cuidados e preocupações constantes. Dentro deste contexto, como filha mais velha, foi por muito tempo o "braço direito" da mãe e assim adquiriu uma posição de destaque em seu meio familiar de origem.

"Eu era a caçula e sempre tive todas as atenções da casa, minha irmã até cortava a carne para mim quando eu estava chegando da escola, ao chegar tudo estava pronto só me esperando. Meu pai era uma pessoa muito autoritária, para ele era tudo pelo certo, minha mãe também era tudo pelo certo. Eu era a filha predileta, eu acho que sempre tive muita carência, então vivia sempre no colo deles, dando e recebendo atenção, estava sempre à volta deles, com beijos, sempre fui assim, muito de carinho. Logo que as minhas crianças nasceram eu senti um pouco de inveja deles porque as atenções, que sempre foram para mim, voltaram-se para eles. É muito diferente a vida que

levo hoje, porque eu faço tudo, cuido da casa, dos filhos e, inclusive da minha sogra que é doente" (mãe na família 2).

Era a filha que recebia mais atenções em casa, muito cuidada por todos, a filha predileta. Enquanto jovem tinha um papel de destaque, agora, na sua vida adulta, também se destaca em seu meio familiar ao assumir tudo.

"O meu pai sempre foi um homem muito autoritário. Muito inteligente nos negócios dele, mas nas relações humanas ele era um trator. Não considerava o sentimento dos outros. Ele sempre teve uma segunda mulher, e minha mãe sabia disso. Quando eu descobri que ele tinha outra e que a minha mãe fazia que não sabia, fiquei muito braba com ela, briguei, exigi que ela não permitisse isso. Sempre fui muito mais reivindicadora, mais do que meus dois irmãos. Acho até que eu era a única que reivindicava e que enfrentava o meu pai, ninguém mais fazia isso em casa. Chegou num ponto que eles me mandaram morar um ano longe porque não me agüentavam mais em casa" (mãe da família 3).

Essa mãe viveu num meio familiar onde se sentia pressionada e desconfortável por não ser considerada em seus sentimentos e por viver em uma situação onde a figura feminina era desvalorizada. Adotou uma postura reivindicadora, obtendo, desta forma, uma posição diferenciada, de destaque no seu meio familiar de origem.

Na família 4, ao falarmos sobre a situação familiar de origem da mãe, ela encontrou dificuldades em se expressar. Seu marido comentou que seus sogros moravam com seus próprios pais. Seu sogro separou-se da esposa trocando-a por uma mulher bem mais jovem. Isso aconteceu quando a mãe de P tinha 18 anos de idade, e ela nunca mais aceitou o pai, nem falou com ele. Atualmente a mãe de P, com sua sensibilidade, fragilidade, é protegida, preservada por todos no meio familiar que constituiu.

Na família 5 encontramos o que segue:

"Eu sempre tive um temperamento muito forte, sempre fui muito segura, auto-suficiente, já desde pequena. Sou a mais velha de quatro filhos, eu sou a única mulher. Minha mãe trabalhava como professora dando aulas particulares. Meu pai tinha muito dinheiro, mas perdeu tudo com a bebida. Lembro da minha festa de 15 anos. A minha mãe fez um esforço, trabalhou muito para poder me dar a festa que era um sonho meu, mas também um sonho dela, e ela não podia me frustrar. Até hoje tenho um papel importante em casa com meus pais, eu sou quem levanta, quem segura os dois, dou suporte emocional e financeiro, eles ficam felizes porque vou vê-los, eles esperam sempre por mim. Meus irmãos se afastaram do relacionamento com meus pais" (mãe na família 5).

A descrição acima caracteriza o espaço ocupado por esta mãe em sua família de origem como a filha mais velha, segura, auto-suficiente e influente no meio familiar.

Julgo importante conhecer um pouco a trajetória dos pais das famílias estudadas e suas relações com as respectivas famílias de origem.

A seguir o relato dos pais frente a suas famílias de origem:

Família 1: *"Nós éramos em 4 filhos. Três mulheres e eu de homem. Sempre fomos muito unidos. Aos 32 anos minha irmã mais nova morreu, teve um aneurisma cerebral. Deixou duas crianças que ficaram com a minha irmã mais velha. Seguimos nos dando".*

Enquanto ele falava, meio sem jeito, percebi que sua esposa parecia sorrir. Nisto ela disse:

"Eu estou aqui te ouvindo falar e tenho vontade de rir. A verdade é que ele sempre foi mandado pelas irmãs. Até que eu me desentendi com a irmã mais velha dele, ela quis se meter na nossa vida".

Ao que ele respondeu:

"É, agora podes mandar sozinha em mim, já que as irmãs não mandam mais (todos riram). Tens uma personalidade forte, só que evoluíste mais do que a tua mãe que não sabe levar socialmente as situações".

Este trecho da entrevista nos revela que este pai tinha num papel de maior submissão em sua família de origem, e parece que a mesma forma de relacionamento segue existindo na vida atual deste casal.

Na família 2 o pai descreve seu relacionamento em casa como segue:

"Na minha casa quem mandava era o meu pai. O que ele dizia tinha que ser, ele era do exército. A minha mãe cuidava da casa. Lembro que meu pai era muito severo".

Sua esposa disse que o marido brigava e reclamava bastante dos pais, ao que ele respondeu:

"É, tinha uma época que sim, na adolescência, mas eu acabava aceitando o que era definido em casa, Não tinha jeito, né?"

Este pai teve que se adaptar às ordens, aceitá-las. O fato de seu pai fazer parte do exército nos leva a supor que viviam com um sistema de regras rígidas. De todos os pais nestas famílias senti este pai como o mais

submisso, tudo o que as mulheres da casa (sua esposa e sua mãe) decidem é acatado por ele com alívio, por não precisar se comprometer e tomar decisões. A mulher recebe o salário por ele, organiza toda a casa, controla e coordena os filhos com o apoio da sogra.

Na família de número 3 o pai refere o seguinte:

" O clima na minha casa não era bom, eu me dava mais com o meu pai, ele era um cara legal. A minha mãe era uma chata, ela era depressiva, se suicidou. Eu não gostava de estar em casa, por isso desde a adolescência passava a maior parte do tempo na casa da A" (sua atual esposa, namorada na época).

O clima que este pai viveu em sua família de origem era pesado, sua mãe era uma pessoa doente que se suicidou. Desde a adolescência encontrou uma família substituta que foi a família da atual esposa. E para formar sua família escolheu uma mulher reivindicadora, que provavelmente lhe pareceu suficientemente forte, capaz de propiciar um clima mais satisfatório, diferente do existente em sua família de origem.

Na família 4 o pai fala sobre a vivência em sua família de origem:

" Somos do interior. Meu pai era um professor rural. Tenho sete irmãos mais velhos, sou a rapa da panela. A diferença de idade em relação ao

outro irmão mais novo são 8 anos. Meu pai morreu quando eu tinha 12 anos. Na época ainda estavam em casa eu e dois irmãos, fomos morar em Y (cidade em que vive atualmente). Depois viemos para cá para mim estudar. Sempre tive mais atenção do que os outros irmãos. Acho que porque eu era o mais novo, filho temporão. Minha mãe fez de tudo para me dar estudo. Fiz todos os estudos auxiliado por bolsas até terminar a faculdade. Os meus irmãos estudaram só até o primário".

Por ter sido um filho "temporão" sempre teve mais atenção de sua mãe, pode-se dizer que foi um filho privilegiado em seu meio familiar, entretanto não tenho mais informações, pois esta família não completou a proposta do estudo, foram realizadas duas entrevistas com o adolescente e uma com os pais.

Na família 5 surge a seguinte situação:

"A minha infância eu vivi com o meu irmão mais próximo que tem 11 meses de diferença. Somos em quatro, uma irmã mais velha, meu irmão, eu e um menor que tem uma grande diferença de idade, que é o filho predileto. A relação com meus pais era muito distante. Nós éramos criados como animal no campo. Só foi diferente com este meu irmão mais novo. Meu pai era um homem tosco, humilde, rígido, eu apanhei muito por coisa que não havia motivo".

"Lembro até hoje que eu sempre quis uma bicicleta vermelha e nunca ganhei. Meu pai era o maior comerciante da cidade, ele poderia ter me dado, mas nunca deu. Depois, mais adiante, ele queria que seguissemos com o comércio dele, e nenhum dos filhos quis, isso foi horrível para ele. Eu fui o primeiro a sair de casa e acho que ele nunca me perdoou por isso".

Este pai refere ter apanhado muito sem motivo, sem privilégios não sentiu-se suficientemente atendido por sua família de origem.

Neste estudo as mães, em sua maioria, tiveram um papel de destaque em seus meios familiares de origem, enquanto a maioria dos pais teve experiências opostas às de suas esposas. Com frequência se encontram trabalhos com famílias de dependentes químicos onde é enfatizado o poder das mães nessas famílias (Stanton, Todd 1990; Kaufman, 1992).

É possível que estas vivências anteriores influenciem os papéis que eles passaram a desempenhar ao longo dos anos de casamento em suas famílias atuais. Conhecer as relações anteriores destes pais em suas famílias de origem auxilia o terapeuta a compreender que as situações vividas por eles no passado podem interferir em suas famílias atuais. Isso permite que o terapeuta empatize com eles ao perceber que tanto pais como filhos precisam de ajuda no momento da busca do atendimento.

Conforme Ablon, (1976) "muitas pessoas no curso de sua vida pertencem a três constelações familiares distintas: (1) a família de orientação, na qual crescem, (2) a família de procriação, na qual funcionam como casal e pais, e (3) a família de parentes do seu cônjuge. O indivíduo, como participante e ator de certos papéis em cada uma destas famílias, é afetado em graus variados por sua participação em cada família, e conseqüentemente afeta a vida de outros membros em cada uma das famílias".

5.4.2 - Dificuldades conjugais

Na família 1 a situação conjugal foi explicitada através de um relato da paciente identificada que é confirmado com certo desconforto pelo casal:

Paciente identificada - *"Eu vou dizer o que acho, mas que eu nunca falei, viu mãe, me desculpa mas vou dizer. Acho que a mãe está cheia de problemas, menopausa, um casamento que não deu certo, o pai na idade do lobo, ela não faz nada na vida dela."*

Pai - *"Até mesmo porque dormimos em quartos separados."*

Entrevistadora - *Separados?*

Pai - *"É para não acordar a minha neta pela manhã, que dorme com a minha mulher. Eu acordo muito cedo e depois ela não dorme mais."*

Irmão - *"Isto tudo é culpa da R que não dá sossego para eles."*

A paciente identificada refere que começou com o uso de drogas logo após os pais se juntarem (eles ficaram separados por um período de seis meses). Chama a atenção a clareza e a objetividade com que a paciente identificada coloca as dificuldades conjugais. Frequentemente o paciente identificado num meio familiar apresenta uma mistura de agudeza de percepção e desafio e refere situações que, se não fossem apontados por ele, levariam um período de tempo significativo para surgirem. Uma situação familiar que interfere no relacionamento deste casal é descrita a seguir:

"Minha mãe nunca deu muito certo com o meu marido. Após a nossa separação, quando retornamos a viver juntos, ele colocou algumas condições para isso que a minha mãe não gostou e, a partir daí, eles não se conversam mais. Nós nem vamos na casa dela, eu vou sozinha e ela não vai na minha casa" (mãe na família 1).

A avó materna de R nunca gostou do genro, não fala com ele há alguns anos.

Na família 2 o relacionamento do casal é referido da seguinte forma:

"Para mim está muito bem. O único problema é a roupa, eu tenho que perguntar se ela já passou a minha roupa. A Sra. quer ver se eu vou pegar uma roupa do armário tiro tudo de dentro, faço a maior bagunça" (pai na família 2).

"É que ele é como um filho, se vai tomar banho eu tenho que deixar a roupa separada, tudo direitinho" (mãe na família 2).

Este é o diálogo típico entre este casal há muitos anos, bem antes do início do uso de drogas pelo filho. Com sua colocação, o pai também está nos falando da sua incapacidade de organizar suas coisas tanto materiais como subjetivas.

O relacionamento deste casal fica mais caracterizado pelo suposto básico de dependência conforme proposto por Bion (1975). Nesta suposição básica existe um objeto externo cuja função é fornecer segurança para o organismo imaturo, significa que uma pessoa é sempre sentida como se achando em posição de suprir as necessidades do outro, enquanto o outro fica na posição de ser suprido em suas necessidades. No contato com estes pais, fiquei com a impressão de que a mãe, nesta família, mantém o casamento em grande parte porque o marido se comporta como um filho e não como um

homem. Nesta família a mãe amamentou os filhos até os sete anos de idade, o que pode ter um componente sexual associado. Esta forma de eles se relacionarem e as dificuldades associadas a este jeito de viver dentro da família é anterior ao uso de drogas por F. Na segunda entrevista com a família, o pai de F havia parado de beber e a mãe dele começou a ter problemas de pressão arterial, sugerindo que dentro desta cultura familiar precisa existir sempre alguém doente, carente por cuidados.

Na família 3 inicialmente o casal negou dificuldades conjugais. Tenho o seguinte trecho de entrevista que fornece algumas informações sobre a relação do casal:

Pai - *"Bem, nós sempre nos entendemos bem, nunca tivemos problemas entre nós."*

Mãe - *"Não, pára aí. Quando morávamos em X ele teve um caso com uma mulher que eu não admiti, estava colocando as coisas dele para fora de casa quando resolvemos sair de X. Isso faz muitos anos atrás, foi ainda na fase inicial do casamento, as crianças eram todas pequenas."*

Entrevistadora - *Vocês mudaram de cidade por causa deste relacionamento?*

Mãe - *"Foi, mudamos por causa disso."*

Pai - *"Não foi bem assim, é que na época eu havia mudado de emprego e a melhor oportunidade que surgiu foi aqui, por isso que nos mudamos para cá."*

Mãe - *"Não, mudamos por causa desse relacionamento."*

Pai - *"Não, não foi por isso que mudamos para cá, é que as oportunidades estavam aqui, viemos para cá por isso e não para resolver esse outro problema."*

Mãe - *"Tá bem, então foi assim."*

Ela não aceitou a versão do marido, mas deixou por isso mesmo. O casal revela pontos de vista opostos sobre essa situação.

Eles se protegem muito frente à tentativa de se conhecer mais a relação deles, parece que este é um tema proibido. Ficam defensivos quando percebem que este tema possa vir a ser abordado. Conforme Stanton e Todd (1990), por mais que o casal fale sobre sua relação, em um primeiro momento não devemos aprofundar esta questão no período inicial, pois eles buscam atendimento em função do filho(a) dependente químico e não por suas dificuldades conjugais.

Na família 4 o pai de **P** fala sobre a vida que o casal tem vivido:

"Faz 27 anos que estamos casados. Eu acho que nós temos é que viver a vida. Eu quero viver a vida. Estou cheio de problemas no meu trabalho, as coisas estão difíceis. Mas também acho que temos que pensar em nós. Desde os 44 anos falo para ela que temos que aproveitar mais a vida, mas ela não consegue se desligar dos filhos" (atualmente ele está com 52 anos).

"Ela não consegue se desligar e procurar viver um pouco a vida dela, a nossa vida, porque ainda podemos aproveitar, mas daqui um tempo mais estaremos mais velhos, sem ter aproveitado".

Eles não encontram espaço para "viverem a vida" em comum, o que sugere dificuldades neste nível. A queixa do marido é que sua esposa não se desliga dos filhos para viver um pouco a vida do casal. Suponho que o relacionamento deles é parcialmente vivido através dos cuidados com os filhos.

Na família 5 as dificuldades conjugais foram colocadas da seguinte forma pelo marido:

"...e depois nós dois somos pessoas com personalidades e opiniões diferentes, estamos casados há 30 anos e são 30 anos de desacerto, isso desde o começo do nosso relacionamento foi assim, brigamos muito. Não sei como seguimos casados".

Sua esposa responde:

"É verdade, somos muito diferentes, discordamos muito, mas sempre digo que tem algo mais forte que nos liga, que nos mantém juntos, afinal são 30 anos de casamento. Mas temos muitas divergências no jeito de pensar sobre as situações em geral".

Este casal reconhece que convivem com dificuldades, no desacerto há 30 anos, mas não identificam motivos para este desacerto.

As dificuldades conjugais destes casais são todas anteriores ao desenvolvimento da dependência química por seus filhos. A dependência química por parte de um filho estressa uma relação conjugal, entretanto observamos que estes casais já vinham com dificuldades conjugais importantes antes dos filhos apresentarem uso problemático com substâncias psicoativas.

5.5 - Categoria V - Dinâmica Familiar

Esta categoria consiste nas interações estabelecidas entre os membros de uma mesma família e dos contatos deles com o meio. Para fins de análise, considere também a forma de comunicação que as famílias

estabeleceram durante as entrevistas, incluindo tanto aspectos verbais como não verbais.

Dividi esta categoria em três itens: o estabelecimento de limites pelos pais, irmão crítico com o dependente e condição destrutiva.

5.5.1 - O estabelecimento de limites pelos pais

Para Winnicott (1993), o ambiente é que torna possível o crescimento de cada criança, sem uma confiabilidade ambiental mínima o crescimento pessoal não se desenvolve ou se desenvolve com distorções.

O mesmo autor refere: “Quando oferecemos segurança, fazemos simultaneamente duas coisas. Por um lado, nossa ajuda livra a criança do inesperado, de um sem-número de intrusões indesejáveis e de um mundo que ainda não é conhecido ou compreendido. E, pelo outro lado, protegemos a criança de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes possam produzir”.

Na família 1 as dificuldades do casal frente à colocação de limites à filha surgem assim:

"Lembro de uma ocasião que busquei a R numa festa de aniversário à noite, tipo reunião dançante. Ela deveria ter uns 13 anos. Ao chegar no local ela estava se agarrando com um menino. Quando cheguei em casa briguei com ela, porque este não é o padrão ético que temos. A mãe dela foi contra mim, achava que não havia acontecido nada do que eu estava dizendo. A R disse que não era verdade. Eu contestei porque havia visto com meus olhos. Não mudou nada e aos poucos fui me afastando deste papel" (pai na família 1).

"Em algumas coisas somos diferentes. Eu acho que não devemos dar mais nada para a R até que ela se acerte. A mãe dela acha que sim, que se ela ganhasse um carro para ela iria melhorar. Eu acho que não".

" A vida inteira, desde bebê, a minha mulher protegeu a R, eu achava que tinha quer ser mais duro com ela, mas também não agia. Deixava que ela resolvesse".

"O problema é que sempre achei que era uma santíssima trindade, a minha sogra, a minha mulher e a R. Em educação a última palavra sempre foi da minha mulher".

" Foi depois da tentativa de suicídio que ficamos receosos de dizer não para ela , pois achávamos que ela poderia tentar novamente. Na época

ela esteve em atendimento psiquiátrico e nos foi dito que aquela foi uma tentativa séria de suicídio" (mãe na família 1).

Nos relatos acima há posicionamentos opostos do casal quanto ao estabelecimento de limites, Após a tentativa de suicídio da filha o casal ficou com mais dificuldade ainda em estabelecer limites para ela.

Na família 2 a esposa refere:

"No início do casamento nós pensávamos diferente. Eu queria ensinar o direito e o pai deles preferia deixar passar as coisas, aceitar o que eles faziam sem educar. Isso foi assim com o primeiro filho. Aí eu conversei com ele e resolvi que eu iria ensinar os filhos, daí não tivemos mais problemas".

"... Por isso que sempre digo que preciso de tranquilidade em casa, que é o lugar que tenho para descansar, mas os filhos não respeitam muito isso, eles fazem o que querem, não cumprem as combinações. A Sra. quer ver, temos combinado a hora certa para tirar o lixo. A Sra. sabe que nenhum faz isso, sempre eu que tenho que levar o lixo para a frente de casa. E assim com outras coisas, ninguém quer fazer nada do combinado" (pai na família 2).

A esposa acrescenta:

" É que essa gurizada não está muito preocupada com estas coisas, eles querem é ir para a rua brincar. A cabeça deles esta em outras coisas. Mas no final quem mais faz dentro de casa sou eu, cuidado da casa, roupa, comida, dou aulas particulares e ainda cuidado da minha sogra que é doente e mora conosco..."

Foi estabelecido um acordo entre este casal pelo qual a esposa é quem educa e o marido não interfere. Ele tentou fazer uma cobrança sobre a atitude dos filhos que a esposa logo desqualificou. Encontro aqui dificuldades do casal em estabelecer limites aos filhos de forma conjunta. As dificuldades nesta família parecem menos intensas do que na família anterior porque o marido se acomodou à combinação de que sua esposa iria ensinar os filhos. Conseqüentemente ocorrem menos conflitos frente a este tema no meio familiar.

A seguir um diálogo que informa mais sobre o estabelecimento de limites nessa família:

Irmão: *"A vó é o poder lá em casa. Sempre fala com a gente, diz as coisas, o que esta certo ou errado. Ela é o maior poder lá em casa".*

Entrevistadora: *"Como é isso?"*

Mãe: *"Ela participa muito, conversa com a gente, diz o que acha das situações, nos orienta, dizendo o que ela acha".*

Entrevistadora: *"Como é isso para ti?"*

Pai: *"Para mim é bom porque as duas se dividem e aí fica mais fácil para mim, porque eu tenho que trabalhar, este é o meu compromisso. Agora que estou em casa eu cozinho, faço todo o serviço, até porque a esposa não está muito bem por causa da pressão alta".*

A presença da avó influente na família ameniza possíveis discórdias do casal frente ao estabelecimento de limites aos filhos.

Na família 3 o casal encontra dificuldades em estabelecer limites ao filho dependente químico. Eles têm opiniões diferentes e freqüentemente não sabem o que fazer, ficam confusos em relação às exigências do filho:

Pai: *"É, eu não disse não para o C, para mim é difícil fazer isso, dizer não para os meus filhos. Com os outros filhos este meu jeito de ser funcionou. Com eles eu não precisava ficar em cima dizendo que sim ou não, com o C não funcionou, isto é uma coisa que eu não sei fazer, fico com dúvidas".*

Mãe: *"Eu consigo, comigo já não é assim. O C está devendo para o pai dele um valor X, conversou com o pai e disse que vai pagar um oitavo deste valor. Eu sou contra, acho que tem que pagar o que deve".*

A mãe de C mostrou-se muito decidida o oposto de seu marido. Ela fala assim mas acaba por permitir tudo ao filho, como o marido.

Outra situação que aconteceu com este casal:

Pai: *"Chegamos atrasados aqui porque o C combinou um encontro com uma amiga no shopping quinze minutos antes do horário marcado aqui. Eu fui com ele porque fiquei com medo que ele fosse correr muito, por isso atrasamos".*

Falei sobre a impossibilidade de se fazer duas coisas num mesmo período de tempo, que isso era semelhante à sensação que as drogas dão ao filho deles de que pode tudo. Quando a mãe percebeu o quanto eles enquanto casal estimulavam ou mantinham no filho a sensação de poder tudo, fez a seguinte observação:

Mãe: *"Eu não era a favor disso, mas se eu fosse falar iam cair na minha cabeça".*

Ela diz que não concorda com o que foi feito, mas não colocou sua opinião no momento necessário, participando junto com o marido na falta de limites ao filho.

"Ele (referindo-se ao paciente identificado) sempre teve tudo o que quis, e até hoje é assim. Vocês até disseram que iriam vender o carro dele para pagar as despesas e no final não venderam. Vocês dizem para ele que vão fazer as coisas, mas não fazem" (irmã na família 3).

"Acho que o pai e mãe soltaram muito o C. Ontem, antes de sair ele veio com uma conversa que eu senti que tinha coisa, mas, se eles tivessem dito não, isso não teria acontecido" (irmã na família 3).

Estas colocações da irmã de C confirmam o quanto o casal encontra dificuldades em estabelecer limites ao paciente identificado.

Nesta família aparentemente existe um posicionamento discrepante do casal frente a situações de limites com o filho, mas de fato há uma aliança entre o casal no descumprimento de combinações estabelecidas por eles próprios. Essa postura do casal permite que o paciente identificado mantenha seu comportamento transgressor.

Este casal vem há três gerações às voltas com dificuldades relacionadas ao respeito às regras. O discurso transgeracional é de não

cumprimento das regras especialmente pelos homens, parece haver uma fascinação pela transgressão. O avô materno sempre teve uma segunda mulher. Quando a esposa morreu, ele casou com a segunda e arranhou uma terceira. O paciente identificado praticava o tráfico de drogas antes da família buscar tratamento. No período da internação este tráfico de drogas se constituiu no único problema familiar.

Com a interrupção na participação da pesquisa por parte da família 4, não disponho de dados sobre esta categoria nesta família.

Na família 5 as dificuldades do casal ao estabelecer limites se evidenciam porque a regra dos pais para um filho não vale para o outro. Segue relato do irmão de H:

"Quando eu entrei no CPOR eu cursei normal, o H entrou mas o pai tirou porque ele não quis continuar. Quando me formei compraram uma sala para mim trabalhar, logo a seguir compraram uma ao lado para o H e ele nem vai à faculdade. Eles (os pais) sempre dão desculpas para tudo o que ele faz, passam a mão por cima, facilitam tudo a ele, não cobram nada, sempre foi assim desde pequeno".

Os pais responderam:

"Ele tem razão, nós sempre facilitamos mais as coisas para o H, não sei lhe dizer porque, mas sempre tudo foi mais fácil para o H do que para o A da nossa parte".

A babá de H presente na entrevista familiar, reforça esta impressão:

"Acho que sempre houve diferença no relacionamento dos pais com os dois filhos. Para o H as coisas sempre foram mais fáceis".

O estudo de Madanes, Dukes, Harbin (1982) com famílias de dependentes de drogas indicam que o dependente está preso em uma coalizão com um dos pais contra o outro.

Conforme esses autores, há um modelo típico onde um dos pais coloca-se do lado do dependente numa aliança que ultrapassa os limites que separam as gerações, dá dinheiro para o uso de drogas, protege-o de diferentes formas e ao mesmo tempo protesta contra esta sua atitude e promete a si mesmo parar com isso. O outro cônjuge é crítico em relação ao companheiro e em relação à droga, mas fica paralisado pela aliança acima descrita e se abstém de intervir. A figura parental **A** renuncia sua posição ao lado do cônjuge colocando-se ao lado do dependente, contra o cônjuge. A figura parental **A** induz o dependente a tornar-se um comunicador intermediário entre pai e mãe, o que significa que os pais estabilizam sua própria relação discutindo o comportamento do dependente. O dependente

deve usar drogas e deve ter atitudes delinqüentes para justificar a proteção que recebe da figura parental A. A conseqüência disso é uma inversão da hierarquia familiar, onde uma das figuras parentais fica no mesmo nível hierárquico que o dependente. Os pais não conseguem agir juntos para lidar com a dependência de drogas e mudar o comportamento do filho, e o dependente não pode tornar-se uma pessoa independente e deixar os pais fazerem sua vida.

Nas famílias estudadas, a maior parte dos casais apresenta posicionamentos diferentes quanto ao estabelecimento de limites com os filhos dependentes químicos. Às vezes alternam suas posições, isto é, quando o pai apóia o filho, a mãe critica. Quando a mãe apóia, inverte-se a situação, e o pai critica. Assim sempre um progenitor fica desqualificado frente ao filho. Outras vezes o casal se une para permitir tudo ao filho. As diferenças dos casais em termos de estabelecimento de limites aos filhos têm graus variados de intensidade.

Ao não estabelecerem limites aos filhos, os pais não se colocam na posição de quem pode conter, assumir temporariamente as ansiedades e dificuldades dos filhos. Um casal que não consegue conter, elaborar suas dificuldades enquanto casal, dificilmente vai poder suportar ansiedades de outros membros familiares.

Anderson e Henry (1994) constataram que a falta de suporte dos pais está relacionado com o uso de substâncias na adolescência. Suporte parental, apoio, aceitação, valorização pessoal estão consistentemente ligados ao desenvolvimento positivo entre jovens, pois encorajam o desenvolvimento social do adolescente.

5.5.2 - Irmão Crítico com o Dependente

Dentro de uma família a presença de irmãos tem um valor importante, pois possibilita que a criança compartilhe seus problemas. Tem a oportunidade de viver uma série de sentimentos, como competição, inveja, etc. Quando há unidade entre os irmãos, cada indivíduo tem diante de si a melhor das oportunidades de iniciar-se na vida social.

Observei nestas famílias que sempre havia um irmão que assumia um papel muito crítico com o paciente identificado, sugerindo uma exacerbação da rivalidade entre irmãos.

A seguir algumas manifestações do irmão na família 1:

"Mas tu sempre achas problemas com os médicos. Faz o teu tratamento e mostra que podes cuidar da tua vida!"

"Mostra que vale a pena investir em ti. Vê se fazes algo para merecer, mas se tu já achas que com o médico não vai dar certo..."

Este irmão falava com um tom de desdém, não acreditando que a paciente identificada pudesse de fato se recuperar. Eu o sentia como uma força oposta à recuperação. A intensidade com que se ele expressava suas opiniões sugeria que, através do mecanismo de identificação projetiva, coisas suas estavam depositadas na irmã, por isso a recuperação dela se tornava algo ameaçador que precisava ser impedido de qualquer forma.

"A gente nem estranha mais, vamos estranhar no dia em que ela fizer certo. Eu digo para a R que ela deveria mostrar que é capaz de cuidar dela. Como que ela vai ficar com a filha aqui? Mas não adianta, a gente fala e ela não faz nada. Nós achamos que isso seria importante para a vida dela".

Ele fez uma aliança com seus pais (*Nós achamos ...*), procurando ficar no lugar de um filho sadio do grupo.

"Eu vou dizer que eu queria que a R melhorasse, sentasse a cabeça, mas não sou fã dela não. Não tenho afinidade com ela, mas até gostaria de vê-la acertada na vida".

Este último relato me chamou a atenção, pois não era típico de sua fala. Revela um momento de menos rivalidade com a irmã e um potencial para trabalhar a relação com a ela.

Seguem-se passagens de comentários do irmão na família 2:

"Com o F a gente fala mas não adianta muito, ele não faz o que eu digo, parece desconfiado com a gente".

"Eu digo para ele mudar de turma, mas não adianta, ele vai atrás do que os amigos dizem, nunca escuta a gente".

O *"nunca escuta a gente"* transmite a sensação de uma aliança deste irmão com os pais, com o que os pais acham que deve ser feito. O pai nesta família tinha como objetivo manter os filhos em casa até eles atingirem a idade de 18 anos. Este irmão passou dos 18 anos e o pai segue mantendo-o em casa. Estando em aliança com os pais e representando o filho saudável neste meio familiar, não é cobrada sua saída de casa.

"Parece que ele está com medo de sair na rua e apanhar. Mas ele é o maior da gangue. Os guris têm medo do F porque ele é grande. Só que agora se juntaram para bater nele, aí o F ficou com medo".

F é um rapaz de altura mediana e muito magro. Vejo como uma atitude adequada do paciente identificado ficar com medo da gangue à qual pertencia e que quer pegá-lo. Este irmão inconscientemente procura fragilizá-lo, levando-o a enfrentar a gangue, o que inevitavelmente aumentaria sua ansiedade, resultando em recaída nas drogas. Desta forma o irmão seguiria mantendo o lugar do filho saudável.

Na família 3 há o seguinte relato por parte do irmão:

"É, o C tem que saber que nunca mais na vida, nem uma vez só, ele pode usar drogas, é que ele não é uma pessoa normal. Não é que nem aqueles caras que de vez em quando resolvem e fumam de vez em quando, o C não pode, ele é anormal, não é que nem a gente".

"Mas ele sempre fez o que quis nunca se preocupou em pensar no que os outros achavam. É um problema na família, sempre fazendo tudo errado" (irmão na família 3).

Quando este irmão fala sobre o C não usar drogas nunca mais, está adequado. Ele diz que o paciente identificado não é uma pessoa normal no sentido de ser doente, com o que também não podemos rigorosamente discordar. Entretanto a forma agressiva como isso foi dito chama atenção ("*não é que nem a gente*"). Ele estava se referindo aos outros membros da família até então tidos como completamente sadios. Sentimos que mais uma

vez ficam somente no paciente identificado todas as dificuldades familiares. O irmão que faz estas queixas sobre o paciente identificado é o filho que conseguiu sair de casa e é tido como modelo. A forma com que ele expressa suas idéias é muito enfática, sugerindo uma tentativa de colocar limites mais firmes ao meio familiar.

Na família 4 tenho informação da mãe na primeira entrevista com o casal, quando ela refere a dificuldade de relacionamento entre os dois filhos mais jovens:

"É difícil esta situação com o P eu fico muito preocupada. (Começou a chorar). É que eles escondem as coisas de mim. Eu desconfio que o filho do meio também usa drogas, ou usou, não sei. O P acha que este irmão entrega ele para nós. Mas, na verdade, eles todos me protegem, não contam as coisas para mim porque sou muito sensível. Acho importante podermos fazer uma entrevista com a família toda porque este filho do meio não se dá com o P e eu gostaria de saber, de vê-los juntos, de esclarecer este assunto".

P, na entrevista individual, refere algo sobre seu relacionamento com este irmão:

"Eu nunca me dei bem com o do meio, ele não é um cara legal porque diz uma coisa e faz outra, não gosto do jeito dele. Ele tinha me dito que não cheirava mais, mas fomos numa festa de debutantes e ele cheirou. Eu

fiquei de cara com ele porque vi que ele mentia para mim. Ele tinha me prometido, jurado que não usava mais drogas”.

“Depois de um acidente de carro ele se assustou e parou de usar drogas, isso é o que eu sei. Um dia destes eu fui pegar a garrafa térmica no escritório e ele não quis descer para me alcançar, fez uma história, brigamos entre nós. Depois, ao chegar em casa, ele fez de conta que estava tudo bem entre a gente. Não gosto dele porque ele é uma pessoa falsa. O meu outro irmão mais velho é legal”.

Na família 5 também encontro um irmão que adota uma postura crítica em relação ao paciente identificado:

“Faz muito tempo que ele não faz nada certo. Não tem regra, não dá para confiar nele, tudo completamente atrapalhado, e não adianta a gente falar. Eu trabalho, tenho meus compromissos. Ele era para me ajudar no escritório para aprender, e na verdade não faz nada. Eu até me atrasava para esperar por ele, ajudá-lo, mas não adianta, ele não quer nada com nada”.

Através deste item, irmão crítico com o dependente, observo que a situação de dependência de drogas suscita disputas nas relações entre os irmãos. Da mesma forma que o casal oscila, com uma figura parental sendo o certo, hierarquicamente superior aos filhos, e a outra figura parental como o errado, no nível dos filhos isso parece se repetir, havendo tentativas de criar

níveis hierárquicos diferentes dentro da mesma geração. Os irmãos críticos buscam maior influência e atenção nas ligações intergeracionais, buscam manter seu *status quo* na medida em que não facilitam o aparecimento dos aspectos positivos do dependente químico.

Dulfano (1978) refere que filhos de álcoolistas freqüentemente acabam assumindo uma série de responsabilidades muito cedo, funcionando como pseudopais que, na verdade se mantêm imaturos perpetuando um padrão aditivo em suas vidas posteriores. Acredito que, de forma similar, os irmãos críticos dos dependentes de drogas precisam parecer os filhos perfeitos e se sentem muitas vezes com a responsabilidade de amenizar os problemas que são causados aos pais pelo paciente identificado.

O clima entre os filhos é de rivalidade, competição, possivelmente vivem disputas que podem ser disputas veladas entre o casal parental. Surge a hipótese de que as dificuldades conjugais que o casal não vive entre si são vividas pelos outros membros da família.

5.5.3 - Condição Destrutiva

Na família 1 a condição destrutiva no meio familiar se evidencia na forma como os membros da família interagem entre si, com agressões verbais e físicas. O clima entre eles é constantemente tenso.

A seguir, um trecho da entrevista onde este clima fica caracterizado. Foi uma entrevista que transcorreu parcialmente através de gritos entre os familiares.

Paciente identificada - *"Mas ele (o médico) não anota na pasta que eu posso sair, por isso dá problema. Ele me diz uma coisa, mas não escreve o que me disse na pasta! (Começou a falar mais alto e a chorar junto. Parecia não escutar o que os outros diziam, às vezes dava a impressão de não querer escutar o que era dito pelos familiares.) Eu não agüento este médico, ele quer trabalhar comigo como o meu pai sempre me educou, na base do prêmio ou castigo. **Eu nunca tive atenção deles que é o que eu queria!** Eu não vou mais me tratar com este médico, quero trocar! "*

Pai - *"Vais te tratar com ele, sim, porque eu só pago este, não vais trocar não, porque eu não vou pagar. Querias de tratar, pois tens esta chance!"*

Paciente identificada - *"Sabes o que ele faz comigo? Me deixou dois dias sem sair do andar."*

Entrevistadora - *Nós conversamos sobre isso R, não foste por dois dias falar com ele nos horários de entrevistas.*

Paciente identificada - *"Eu não vou, com ele eu não me trato e fim. Vocês querem é acabar com o meu tratamento, eu é que queria me tratar para*

arrumar a minha vida. Tu sempre foi assim comigo, como é o médico, e eu não quero ficar com ele."

A seguir outro trecho da entrevista com esta família:

Pai - (Falando mais baixo um pouco, meio por mímica, enquanto **R** estava de costas para ele) *"O medo que tenho é que ela saia e deixe a menina sozinha. Isso ela faz em casa. Sai e nós é que cuidamos da filha dela."*

Paciente identificada - (ela escutou o que ele disse) *"Sempre deixei a minha filha só com a mãe. Eu saio em X porque sei que vocês estão em casa. Eu não vou sair aqui, até sei que por muito tempo não vou poder sair"*

Começaram com uma discussão acusatória:

Irmão - *"A gente tenta, Dra., mas não tem condições."*

A paciente identificada referindo-se ao irmão: *"Z, tu não sabes como é difícil para mim. Eles reclamam de um monte de coisinhas mas não se dão conta de outras coisas, por exemplo, quando cheguei do hospital tinha 2 garrafas de bebida no apartamento, uma de martini que é a bebida que eu mais gosto. Eu não bebi nem botei a mão e poderia ter bebido porque nem iriam notar. Eles não vêem o meu esforço, só o ruim."*

Todos ficaram quietos. A paciente identificada denuncia um aspecto destrutivo do grupo familiar, eles querem que ela se trate, mas, como os sentimentos são ambivalentes, a família mantém disponível bebidas alcoólicas no apartamento em que ela vai morar sozinha com a filha pequena. Esta situação denota uma transgressão às regras por parte dos familiares em relação às indicações da equipe.

Pai e o filho estão freqüentemente salientando os aspectos negativos da paciente identificada intensificando com isso o clima tenso ao dar a mensagem de que o tratamento não vai dar certo. Se o tratamento funcionar de fato, estes familiares ficarão assustados com suas partes "doentes" projetadas na paciente identificada. É possível que a união de pai e filho ocorra para fazer frente ao triunvirato feminino.

"Nós já estamos acostumados com as coisas que a R apronta"
(pai).

"A gente nem estranha mais, vamos estranhar no dia em que ela fizer certo" (filho).

Na família 2 a condição destrutiva do grupo familiar fica caracterizada com o alcoolismo do pai enquanto modelo de autodestrutividade. Ele é um bebedor pesado há mais de vinte anos e nos últimos anos vem apresentando sérios problemas de saúde, mas e não pára de beber.

A seguir, uma colocação de sua esposa:

".. faz mais ou menos uns quatro anos que o T começou a ter problemas maiores com a saúde. O problema dele sério é o fígado agora, ele até está com uma hepatite muito forte, precisou baixar hospital por isso, mas não adianta ele não pára de beber. Eu já falei para ele."

Esta família vive de forma estereotipada, tendo como modelo o estilo de vida do pai, que é uma vida rotineira, limitada, não estimulando o crescimento, a diferenciação. O alcoolismo do pai exerce influência a nível familiar, pois dificulta mudanças.

Steinglass (1987) enfatiza o quanto o alcoolismo altera o balanço entre crescimento e estabilidade dentro da família. Isso leva o sistema familiar a colocar mais ênfase na estabilidade a curto prazo, em detrimento do crescimento a longo prazo. O alcoolismo traz uma grande dose de estresse que conduz a família a um exagerado apego ao conhecido, cronificando atitudes centradas em mecanismos reguladores.

" Eu acordo cedo e vou trabalhar, venho almoçar e tomo um aperitivo. Volto a trabalhar, quando chego para jantar tomo um aperitivo e durmo. Não bebo na rua e não saio de casa..."(pai na família 2).

A condição destrutiva neste grupo parece vinculada à impossibilidade de pensar, questionar os assuntos dentro do meio familiar. A primeira entrevista com eles ficou caracterizada como uma situação de persecutoriedade, e a adoção de uma postura defensiva, por parte do grupo, em relação a mim. A experiência da entrevista com a família assustou este grupo familiar, como se observa a seguir:

F, o paciente identificado, ficou de cabeça baixa todo o tempo, como se fosse um presidiário. Não levantava a cabeça nem para falar. Às vezes, quando eu falava com os outros, ele erguia a cabeça, dava uma espiada e logo baixava novamente a cabeça. Esta foi sua postura esta habitual durante as entrevistas individuais anteriores.

Entrevistadora - *Como estão as coisas em casa?*

Irmão - *Tem muitas brigas, um pega o que é do outro e aí dá briga.*

Entrevistadora - *Como são essas brigas?*

Irmão - *São brigas menores.*

Entrevistadora - *E como são as brigas menores?*

Irmão - *Ah! Não tem soco na cara do outro. São só reclamações e brigas.*

Entrevistadora - *E brigas maiores tem?*

Irmão - *Não.*

Silêncio.

Pai - *Eles brigam por qualquer coisa. (Começou a dar exemplos, de brigas por motivos bem simples)*

Entrevistadora - *Nada de bater?*

Mãe - *Não.*

Irmã - *Não.*

Mãe - *Eu bato quando precisa, já bati.*

Entrevistadora - *E o pai?*

Pai - *Acho que bati uma vez no F, mas nem me lembro quando foi e por que, faz tempo. O meu trabalho é de eletricista fiscal, eu tenho um trabalho*

tenso porque corro risco de vida. Um dia estava fazendo um conserto, levei um choque que endureceu meu dedo, até hoje não mexe mais.

Nas entrevistas anteriores individuais com **F** ele me dizia que apanhava do pai freqüentemente e que a última vez havia sido uns 5 meses antes da baixa hospitalar. Circulam neste grupo familiar idéias agressivas intensas (exemplo: *não tem soco na cara do outro*) e há uma impossibilidade de se falar de forma mais aberta sobre este tema.

Esta família associava o uso de drogas pelo paciente identificado exclusivamente à influência das más companhias, isto é, algo exterior ao grupo familiar. Sternschuss-Angel, Angel e Geberowics (1982) classificam esta situação como o "mito das famílias que se entendem bem", e todas as dificuldades se devem exclusivamente às más influências externas. Os mitos familiares, conforme esses autores, são equivalentes, no nível sistêmico, aos mecanismos de defesa individuais.

Na família 3 a condição destrutiva está associada ao uso abusivo de substâncias psicoativas pela família, precocemente medicações psicotrópicas foram incluídas no sistema de comunicação familiar, provavelmente com o intuito de lidar com sofrimentos diversos (avó que se suicidou, pais "insensíveis" aos sentimentos dos outros, etc).

A seguir a mãe fala sobre seu uso de benzodiazepínicos:

"Todos os dias, há anos. Comecei a tomar dormonid quando a minha mãe estava ruim, ela morreu de câncer. Depois segui tomando, o meu marido também seguiu tomando dormonid, ele está deprimido. A Dra. L pediu para ele fazer uma consulta com um psiquiatra para avaliar a medicação e ele começou a tomar antidepressivo. Eu agora estou tomando valium conforme a Dra. L me prescreveu."

"Não sei o que fazer com as pilhas de dormonid que temos em casa"
(pai da família 3).

Esta família encontrou dificuldades em lidar com o paciente identificado nos seus primeiros meses de vida. O paciente identificado começou a usar neozine com três meses de idade, por indicação médica, conforme relato da família. Aos nove meses a medicação foi trocada para fenergan por outro médico.

O paciente identificado nesta família saiu do hospital com a indicação de não usar cocaína, maconha ou álcool nunca mais, até porque passou a fazer uso de medicação psiquiátrica. A seguir, um trecho de entrevista após uma semana da alta hospitalar, quando identificamos melhor a tendência destrutiva no meio familiar:

Mãe - *" Outra coisa, o C estava comendo no final de semana como um bicho na mesa."*

Paciente identificado - *"Claro, eles estavam todos bebendo cerveja e eu só olhando, louco para tomar um gole."*

Pai - *"Tínhamos amigos em casa, não podíamos oferecer e não tomar, não acompanhar."*

Entrevistadora - *Ver os outros bebendo, especialmente nesta fase, fica mais difícil para o C.*

Mãe - *"Eu não concordo, a vida continua. Como que ele pode sair para os bares ou festas..."*

Paciente identificado - *"Sim, mas se estou no bar e dá vontade de beber, vou para casa. Se estou em casa, para onde vou? Para o bar?"*

Todos ficaram quietos.

Nas duas famílias em que encontramos maior comprometimento na relação dos pais com seus filhos (dificuldades em serem coerentes, em colocarem limites) identificamos também tentativas de burlar as combinações feitas com a equipe médica, induzindo sutilmente o dependente a usar as substâncias contra-indicadas. O álcool, nestes casos, foi a droga "permitida" ou deixada disponível.

Na família 4, que não completou o processo de pesquisa encontrei uma situação de estresse intenso com a qual todo o grupo familiar tinha que conviver. O pai de **P** tem câncer de pele no rosto, já fez 30 cirurgias plásticas para tirar lesões. Segue sua descrição da situação:

"Com 12, 15 anos jogava muito bola no sol e me surgiam bolhas no rosto. Fiz uma cirurgia plástica alguns anos atrás e o médico errou, por isso tive que tirar parte do osso. Atualmente faço um tratamento para descamação da pele, ou melhor, há alguns anos faço tratamento de descamação, mas, mesmo assim, a cada dois anos tenho que me submeter a uma cirurgia para retirar lesões. Tenho que conviver com isso".

Após a entrevista em que conversamos sobre esta situação com o casal, eles não conseguiram encontrar um horário em comum para a família participar da entrevista. A partir do conhecimento desta situação, ficou mais compreensível para mim a sensibilidade emocional da mãe de **P**.

Na família 5 os pais de **H** trouxeram alguns relatos que associamos à conduta destrutiva, como segue:

*"Acho que tem a situação de superproteção nossa com ele. Ainda que de formas diferentes, porque somos diferentes um do outro. As vezes acho que temos o **H** como o bebê, ele me passa uma sensação de fragilidade. A Sra. quer ver, ele bebe e dirige, se não dou o carro ele também se expõem a*

situações de risco. Nós moramos num local onde tem uma praça na frente, é um local meio escuro e ele sai a pé naquele local, volta de madrugada, parece que não tem medo, peço para que pegue um táxi, mas não adianta. Eu nem gosto de falar, mas sinto uma expectativa sinistra com ele" (pai na família 5) .

Ao que sua esposa coloca:

"Eu tenho uma sensação de perda com ele. Parece que o H não vai viver muito tempo. Até acho que sempre vi isso mas não queria enxergar".

Tanto o pai como a mãe têm uma expectativa sinistra, uma sensação de perda que não queriam enxergar. A seguir, uma colocação do irmão de H sobre a forma de seus pais agirem com o paciente identificado que denota uma tendência a burlar as combinações feitas com a equipe do hospital para o paciente identificado passar o final de semana em casa.

"A única coisa que acho é que ele saiu no final de semana, foi ao barzinho com a namorada, mas não precisava ter se exposto indo ao show X. Ele estava saindo para um final de semana de resguardo, e no meu ponto de vista, ele exagerou neste ponto. Meus pais não falam sobre isso, não acham nada de mal, nem criticam isso. Eu acho errado da parte deles esta postura com o H".

Os pais concordaram com o filho quando ele fez esse comentário.

Nestas cinco famílias encontrei situações e características familiares diferentes, mas todas elas, de uma forma ou de outra, associadas à condição destrutiva que incluiu clima familiar constantemente tenso, alcoolismo do pai, sentimento de perda intenso associado ao paciente identificado, uso abusivo de substâncias psicoativas pela família e tendência a burlar regras pelo grupo familiar.

Para Sternschuss-Angel, Angel e Geberowicz (1982), a patologia do jovem e seu encontro com a droga realiza alguma fascinação familiar pela marginalidade e pela pulsão de morte. O jovem, correndo os riscos que corre com a dependência às drogas, inverte o curso normal do ciclo de vida, podendo vir a morrer antes dos pais ou até mesmo dos avós.

Para esses autores, sob a perspectiva transgeracional, o legado em famílias com um membro dependente de drogas é determinado por um crônica propensão à autodestruição que se desenvolveu através de muitas gerações e que se revela na atualidade de forma radical através da dependência à drogas.

Em um estudo sobre suicídio entre jovens, Cassorla (1981) encontrou no grupo em que há tentativas de suicídio, maior incidência de relacionamento conjugal e familiar ruim, ausência ou alcoolismo, especialmente do pai, morte e maior incidência de comportamentos suicidas.

Na presente pesquisa, centrei as investigações dessa tendência à destruição nos comportamentos dentro do meio familiar direto e não nas gerações anteriores.

6 - CONCLUSÃO

Esta pesquisa se refere a famílias constituídas por pais e filhos biológicos que têm um membro que se encontra em tratamento para dependência de drogas.

A evolução e o crescimento da família a partir de um casal começa com o bebê enquanto habitante do corpo da mãe, mais tarde em seus braços e, a seguir, com o lar proporcionado pelos pais. Neste processo, Winnicott (1983) refere que os pais dependem das tendências hereditárias da criança para a maturação e, neste sentido, o desenvolvimento de um membro novo dentro da família, em parte, está fora de controle dos pais. Mas a provisão ambiental proporcionada pelos pais pode permitir que o processo de maturação inerente a cada criança seja atingido.

As características desta provisão ambiental se constituem no aspecto mais investigado ao longo da presente pesquisa.

AS VIVÊNCIAS PASSADAS

A adaptação inicial aos processos de maturação da criança é complexa e depende inicialmente da mãe.

A mãe, enquanto ambiente favorável ao bebê, funciona como quem pode contê-lo a partir do nascimento. Há um período inicial de dependência absoluta do bebê em relação a ela e, em condições normais, se desenvolve a preocupação materna primária (Winnicott, 1983).

Nesta pesquisa, investigando as características da relação mãe-bebê, encontrei na maioria das famílias estudadas relações iniciais difíceis. As dificuldades se caracterizaram mais por uma sensação de impotência em lidar com os bebês, que eram difíceis de ser manejados, ou por situações ambientais do que por confusão frente aos bebês.

A sensação de impotência provavelmente exerceu um impacto no mundo psíquico das mães, em um período em que elas precisariam estar afetivamente mais tranquilas e disponíveis. É possível que essa sensação materna tenha repercutido nos bebês como um não desenvolvimento pleno do sentimento de onipotência que lhes possibilitaria o desenvolvimento de uma trilha pessoal no caminho de “vir a ser”.

Conforme Winnicott (1987), “a avidez é parte da compulsão do bebê para buscar uma cura por parte da mãe que causou a privação. ... pode ser atendida e curada pela adaptação terapêutica da mãe, tão confundida como excesso de mimo”.

Inicialmente, no relacionamento destas famílias, os pais, em sua maioria, eram participativos. Mesmo assim, estas mães e estes casais encontraram dificuldades em estabelecer um ambiente suficientemente bom, um *holding* ambiental para a maioria dos bebês no período inicial de suas vidas.

Algumas mães não conseguem desenvolver a preocupação materna primária que as capacita a se adaptar delicada e sensivelmente às necessidades iniciais do bebê. Às vezes conseguem isso com um filho e não com outro (Winnicott, 1993). Fatores hereditários e constitucionais podem ter algum envolvimento na relação inicial entre as mães e seus bebês. Entretanto todas as mães e casais deste estudo fizeram tentativas de adaptar-se às necessidades precoces de seus filhos.

O MOMENTO ATUAL

No momento atual, estas famílias encontram-se frente a uma fase do ciclo vital individual, a adolescência de um filho, fase de descoberta

peçoal que envolve reformulações, mudanças e lutos que precisam ser vividos tanto em nível individual como pela família enquanto ambiente suporte. Este momento, no âmbito familiar, é semelhante à fase do período de gestação e nascimento de um bebê, na medida em que em um outro nível é um período dentro do ciclo familiar onde as questões dependência/independência tornam-se novamente questões centrais.

Neste período o ambiente familiar, enquanto facilitador, ambiente *holding* ou ambiente suficientemente bom, vai auxiliar o desenvolvimento individual do filho, do potencial constitucional existente nele. Para que a família possa se encarregar desta tarefa, é necessário que o casal, enquanto modelo familiar, tenha papéis flexíveis e complementares para lidar com o adolescente. Conforme Winnicott (1993), durante a adolescência dos filhos, “damos apoio e estamos errados, retiramo-los e continuamos errando”.

Nas famílias estudadas, a maioria das mães exerce um papel superprotetor, com momentos de disponibilidade afetiva adequados, e os pais, em sua maioria, adotam um papel mais periférico. Eventualmente as vivências anteriores destes pais em suas famílias de origem podem ter contribuído para o posicionamento atual de ambas as figuras parentais. Encontrei também que a maior parte destes casais apresentava dificuldades conjugais anteriores ao desenvolvimento da dependência química por seus filhos.

É possível que a superproteção das mães em relação aos filhos dependentes químicos corresponda, no nível familiar, a uma tentativa atual de cura terapêutica da mãe que costuma ocorrer nas relações iniciais mãe-bebê. Observei momentos em que elas conseguem estar adequadamente disponíveis para o contato com os filhos dependentes químicos. Estas mães, por não terem conseguido acompanhar o processo normal na fase inicial do relacionamento mãe-bebê, possivelmente defrontam-se com a tarefa de compensar o que foi perdido. Este trabalho envolve um grande esforço, segundo Winnicott (1993), porque não é algo natural. Talvez pelo grande esforço dispendido pelas mães atualmente tentando compensar fracassos do passado, a proteção se constitua em superproteção.

É preciso, pois, tomar cuidado para não adotar uma visão parcial, às vezes preconceituosa sobre as mães superprotetoras, talvez seja necessário entender que elas vêm fazendo um esforço (ainda que exagerado pela superproteção) de obter uma cura pela adaptação em nível familiar. A partir de uma compreensão em âmbito familiar, a disponibilidade das mães estaria representando o potencial de saúde dentro da família para recuperar o filho dependente químico.

Com a situação de hospitalização dos pacientes identificados, os pais, que se mostravam periféricos, também revelaram um movimento em busca da estabilidade familiar. Com a internação, alguns pais se mostraram mais participativos, acompanhando o processo em uma posição tão valorizada

por parte da equipe como a posição das mães. O restabelecimento da função paterna dentro do meio familiar representa maior equilíbrio nas relações entre os membros, e assim deveria ser estimulado. É importante não termos um olhar preconceituoso em relação ao grupo familiar como um todo.

DINÂMICA FAMILIAR

Na dependência química é comum encontrar comportamentos anti-sociais. Em nenhum dos casos apresentados nesta pesquisa tínhamos o diagnóstico estabelecido de personalidade anti-social, mas todos os pacientes identificados mentiam freqüentemente, roubavam e alguns traficavam drogas.

De acordo com Winnicott (1987), no ato anti-social está implícita uma expressão de esperança. O autor considera este aspecto vital no tratamento de crianças que apresentam tendência anti-social. Para ele, o tratamento da tendência anti-social é uma conduta no sentido de ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele.

Nestas famílias encontrei dificuldade dos pais em estabelecer limites, especialmente aos filhos dependentes químicos. Às vezes um dos pais ficava desqualificado frente à colocação de limites ao filho dependente químico, outras vezes o filho fazia o que queria com o apoio das duas figuras parentais, ou ainda, as regras eram colocadas pelos pais de forma ambígua para os filhos: para uns algumas coisas eram exigidas, para outros não. Com a

dificuldade em estabelecer limites, os pais e os filhos dependentes químicos tendem a produzir inversões hierárquicas no meio familiar.

Quando os limites não são estabelecidos de forma coerente e em conjunto, os pais não se colocam na posição de quem pode conter, funcionar como ambiente suficientemente bom para seus filhos, especialmente para os dependentes químicos que se encontram mais fragilizados. Por outro lado, um casal que não consegue elaborar satisfatoriamente suas dificuldades conjugais dificilmente vai poder conter, de forma favorável, as dificuldades de outros membros da família.

Outro aspecto que observei na dinâmica destas famílias é que a situação de dependência de drogas suscita disputas nas relações entre os irmãos. Estas disputas estimulam ainda mais as ligações entre gerações dentro do meio familiar. Surgem os irmãos críticos que, com seus posicionamentos mais radicais, não esperançosos em relação aos pacientes identificados, parecem buscar o estabelecimento de regras mais coerentes ou firmes dentro da família. Estes “irmãos críticos” também sofrem, pois, funcionando como os filhos perfeitos, os filhos sadios, provavelmente sentem-se com a responsabilidade de amenizar os problemas que são causados aos pais pelo paciente identificado.

As famílias, nesta pesquisa, revelam de modos diversos uma condição destrutiva dentro do meio familiar, que foi explicitada de forma

diferente para cada uma delas, por exemplo: um clima familiar constantemente tenso, alcoolismo paterno, sentimento de perda intenso associado ao paciente identificado, uso abusivo de substâncias psicoativas pela família e tendência a burlar, a transgredir regras. Esta condição destrutiva não é claramente identificada e reconhecida pela família. A família reconhece a dependência química do paciente identificado como a única situação destrutiva em seu meio. O não reconhecimento dessa situação enrijece as possibilidades de mudanças dentro do meio familiar.

Os pais, que em sua maioria, no início do relacionamento do casal eram mais participativos na vida familiar, por motivos diversos tornaram-se afetivamente distantes. A característica atual do funcionamento dos pais, periférica, contrasta com o atual funcionamento das mães, freqüentemente superprotetoras, o que caracteriza uma dissociação de aspectos afetivos e intelectuais no funcionamento familiar, especialmente em relação ao paciente identificado. A conjunção entre uma figura distante e outra superprotetora, com dificuldades conjugais, não constitui um ambiente suficientemente bom para o filho dependente químico que precisa de maior equilíbrio ambiental já que seu mundo interno encontra-se em um processo de mudanças. Esta dissociação no meio familiar resulta em falta de integração, e reflete um modelo inadequado enquanto organização interna, constituindo-se em um expressivo fator ligado à condição destrutiva.

Para Winnicott (1987), nos casos em que a tendência anti-social existe, é a estabilidade do novo suprimento ambiental que dá a terapêutica e, partindo deste princípio, toda a disponibilidade existente dentro do grupo familiar precisa ser estimulada para que estes adolescentes possam sentir-se seguros para então se independizarem dos pais, inserirem-se na sociedade mais amplamente, tornarem-se seres diferenciados e crescerem com maturidade.

EM RESUMO

Com esta pesquisa foi possível descrever e obter alguma compreensão sobre formas de relacionamento que estas famílias estabelecem.

No momento atual, os pais adotam condutas diferentes em relação aos filhos, em especial em relação ao filho dependente químico. As mães ficam em um papel mais superprotetor e os pais em um papel mais periférico, o que favorece inversões hierárquicas dentro da família. Estes casais revelam também dificuldades conjugais anteriores ao desenvolvimento da dependência química pelo filho e apresentam dificuldades em estabelecer limites aos filhos.

A superproteção materna foi compreendida, no presente estudo, como uma tentativa atual em nível familiar de uma "cura terapêutica da mãe" que ocorre originalmente no relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê.

Em todas as famílias estudadas, encontrei um irmão que adotava uma postura crítica em relação ao dependente químico, às vezes tentando restabelecer as regras dentro de casa, outras possivelmente procurando amenizar os problemas causados pelo dependente químico aos pais, mas em aliança com esses. Evidenciou-se um clima de disputa entre os irmãos.

Outra característica identificada nestas famílias foi uma condição destrutiva inerente a cada uma delas e não reconhecida como problema. A dissociação dentro da família, representada por uma figura distante e outra superprotetora, o que não constitui um modelo de organização interna satisfatório, nem um ambiente suficientemente bom que permita o crescimento.

A partir destas observações penso que, da mesma forma que a mãe, desde que razoavelmente integrada a nível psíquico, tranqüiliza seu bebê no período inicial da vida, um casal razoavelmente integrado psicologicamente, sendo a família reflexo da relação deste casal, pode ser um facilitador que possibilite uma travessia mais tranqüila ao longo de um período tão intenso em mudanças e emoções como é a adolescência, período que se estende quase que indefinidamente quando associado ao uso de drogas.

Com esta pesquisa pode-se apreciar a importância que têm as contribuições de Winnicott para o entendimento do adolescente e de sua família. E, dentro das propostas desse autor é necessária a busca de um

suprimento ambiental favorável, uma atitude humana que, uma vez se possa confiar nela, dê liberdade ao indivíduo para se movimentar, agir e começar a ser definitivamente. Não esquecendo que as imperfeições são características da adaptação humana às necessidades.

ANEXO

ENTREVISTA NÚMERO 1 COM R

R saiu da sala de reuniões no horário marcado. Chegou sorridente, disponível.

R - Achei que estavas me esperando!

Nos cumprimentamos.

Entrevistadora - **R**, conforme eu já havia conversado contigo sobre o estudo que faço com famílias, o meu objetivo com esta entrevista é também te conhecer melhor e a tua família, para ajudar em teu tratamento.

R - Ah! Mas o meu irmão não vem, ele me odeia!

Entrevistadora - Como é isso?

R - Nós desde pequenos nos adorávamos. Eu era como a mãezinha dele. Tínhamos dois anos e pouco de diferença. Eu cuidava dele, tudo o que ele queria era comigo. Foi assim até o final do primeiro grau. Aí comecei a me destacar dele nos estudos, eu ia bem na escola e ele não. Meu pai tinha que pagar para a direção da escola para ele passar de ano. Nós saíamos à noite, íamos a festas ou barzinhos e ele voltava para casa dizendo que eu era uma vadia, imagina eu só perdi a virgindade com 16 anos. Meu pai parou de falar

comigo. Nesta época eu tinha uns 14 anos. Quando eu tinha 15 anos ganhei uma moto CG 125 usada e achei o máximo. Logo em seguida o meu irmão ganhou uma moto 91 (estávamos ainda no ano 90), novinha em folha. Eu entrava na garagem com a minha velha e via aquela enorme, novinha em folha, brilhante, e ficava irritada.

Outra coisa é que os meus pais queriam um filho homem quando eu nasci. Veja, meu avô chama X Y , meu pai chama X Y F Como achas que o meu irmão se chama? O meu nome minha mãe não sabia qual dar. Ela diz que tinha o nome de André para mim, se fosse menina não tinha nome definido. Acabou colocando em mim o nome da enfermeira que atendeu no parto. Veja o nome da enfermeira!

Lá em casa sempre foi assim, meu pai disse se faz bem as coisas têm prêmio, caso contrário é punição.

Eles não estavam prontos para ter uma filha e eu entendo eles melhor hoje depois que tive a minha filha. Não vou te dizer que não fiz coisas erradas, mas muito foi reação a eles. Lembro quando fui morar sozinha.

Entrevistadora - Como foi?

R - Eu sempre juntei o meu dinheiro.

Entrevistadora - Dinheiro de mesada?

R - Não. Eles davam dinheiro para sair. Meu irmão quando saía ganhava uns R\$ 100,00. Eu recebia R\$ 5,00, gastava um e guardava os outros quatro. Eu não bebia, só tomava suco de laranja, imagina! E só comprava coisas para casa.

Entrevistadora - Que coisas para casa?

R - Aparelho de som, discos. Briguei em casa e fui morar no apartamento de uma amiga. Disse para os meus pais que sairia de casa porque tinha dinheiro para pagar um mês de aluguel. Aí foi uma época em que eu já estava passada na escola, no magistério e só fazia festa, todos os dias. Passou esse mês, eu até tinha pena desta minha amiga porque ela era muito drogada. Eu achava que ela era assim porque tinha um irmão drogado. Daí meu pai resolveu pagar o aluguel para mim e eu fiquei morando lá. Esta foi a pior coisa que ele podia ter feito para mim.

Entrevistadora - Por que?

R - Porque aí eu piorei, fiquei muito tempo só de festa, arranjei um namorado maluco, maconheiro. Fui em casa e apresentei ele.

Entrevistadora - Continuaste freqüentando a casa dos pais?

R - Sim, claro, pois o prédio que eu morava com a minha amiga era do lado da casa da minha mãe. Eu podia abanar para ela todos os dias quando abria a janela. Eu nunca fui muito longe. Nesta época o meu namorado ficava uns dias comigo no apartamento, outros dias eu ia para o apartamento dele. A gente só não morava junto. Um belo dia eu estava na casa do namorado e meus pais chegaram me dizendo que viríamos para Porto Alegre procurar uma pessoa para resolver os problemas da família. Eu logo vim com eles, achei super legal da parte deles esta atitude.

Chegamos em Porto Alegre, eles entraram em uma sala para falar com o médico da clínica. Depois eu entrei e na hora de ir embora o médico disse que não, que eu estava internada. Eu fiquei louca, gritava, me amarraram. Mas veja o que meus pais fizeram comigo.

Entrevistadora - Te sentiste traída?

R - Sim, nos seis meses em que meus pais ficaram separados, o meu pai só fazia festa. Eu e meu irmão saíamos para jantar com ele de vez em quando e ele só ficava dando banda para as mulheres. Depois de um tempo, cheguei em casa para almoçar, e ele estava lá. Eu sei como a minha mãe sofreu quando eles estavam separados, ela gosta muito dele. Neste dia ela disse que os dois tinham se reconciliado, mas só sob uma condição. Se ela passasse para o nome dele tudo o que era dela. Eu fiquei braba, pois achei que ela estava comprando o marido, e resolvi sair de casa.

Entrevistadora - Foi nesta ocasião que resolveste morar com a amiga?

R - Sim, eu não tinha falado sobre a separação deles. Mas antes a família da minha mãe era superunida, se davam muito bem. Os irmãos dela cuidavam dos negócios e davam o dinheiro para ela. Tu vais falar com meus pais, então já te aviso que eles só pensam no que vão vestir. Meu irmão está igual. Tenho pena deles. Gostaria que parassem para pensar sobre o que fizeram da vida deles, que muito já passou. Eu não, eu tenho uma vida pela frente. Tenho que pensar em mim. Hoje, se me perguntam se prefiro estudar ou ficar com a minha filha, eu prefiro ficar com a minha filha. Estudar fica em segundo lugar. O melhor seria poder fazer as duas coisas, vir para Porto Alegre e ficar com ela. Meus pais estão com a minha filha e cuidam dela agora. Até acho que ela é como uma nova **R**.

Entrevistadora - Como uma nova **R**?

R - É que eles cuidam, fazem tudo, mas eles não pensam que vão ficar com ela porque eu não vou deixar.

Encerramos a entrevista e combinamos o horário seguinte.

ENTREVISTA NÚMERO 2 COM R

R - Oi!

Entrevistadora - Como vais?

R - Eu estou braba com o meu médico, contei para ele que estava namorando com C e pedi que ele não falasse para meus pais. Eu havia contado para meus pais que havia ganho um ursinho do C e apresentei ele como amigo. Eu estava tentando fazer diferente do passado, preparando meus pais aos poucos para apresentá-lo como namorado. Das outras vezes eu vinha e apresentava, tipo está aqui ó! Este é o meu namorado e fim, eles que aceitassem. Agora não, apresentei ele como amigo, tudo direitinho, para fazer diferente do que fazia antes. Daí meus pais perguntaram para o médico se eu estava namorando com o C e ele confirmou. Meu pai ficou brabíssimo comigo.

Entrevistadora - Me parece que teus pais já haviam percebido o que se passava entre vocês dois.

R - (Ficou um pouco quieta) Mas agora como vou contar as minhas coisas para ele?

Entrevistadora - Mas vamos ver, o que te chateou tanto com teu pai?

R - Encheu os olhos de lágrimas . (Me pareceu sentimento verdadeiro). Ele diz que não dá bola, nem se importa com os meus namorados. Eu estava tentando fazer tudo direitinho, não apresentando daquele jeito, tipo engulam. Este cara é diferentes dos meus outros namorados, estava internado por drogas também, mas tem carro, é de um outro nível social, para mim isto não é importante, mas para os meus pais sim, eles valorizam isso.

Entrevistadora - Gostarias de ter mais atenção deles?

R - É.

Entrevistadora - Achas que este namorado é o que eles esperam para ti?

R - Não sei, mas ele é completamente diferente dos outros, ele não usa tatuagem, não tem cabelão. É muito diferente de todos os outros.

Entrevistadora - O que tens como objetivos na vida ?

R - Estudar Direito em Porto Alegre. Mas meu pai já disse que não vai deixar e agora com este negócio do namoro, estragou tudo.

Entrevistadora - Como farias com a tua filha, é **S** o nome dela?

R - É S sim. Quem deu este nome foi o **G**, o pai dela. Na época da gestação eu fiquei muito confusa. Ele que escolheu. Antes de eu engravidar uma médica disse que eu tinha ovários policísticos e que seria difícil de eu engravidar, e que quanto mais cedo melhor. Então por isso eu resolvi engravidar com 18 anos, não quis deixar a chance passar, pois não sabia se ia dar depois. Sobre estudar em Porto Alegre a mãe disse que viria para cá comigo e ficava com a **F** para mim.

Entrevistadora - Pensaste como fica isso para tua mãe, na relação dela com o teu pai?

R - (Ficou um pouco quieta). Não sei, ela que se ofereceu para ficar com a **F**. Sabes que no domingo o **G** esteve aqui no hospital, eu liguei e pedi para ele vir, mas para vir antes das 5 horas, hora que meus pais chegam. Mas não deu certo, ele chegou junto com meus pais, já foi um problema. Outro problema é que ele veio com uma namorada e eu fiquei louca de ódio. Mas tratei bem. Na hora que ele foi embora eu disse para a **F** dar um beijo no pai e na namorada do pai e a **F** beijou a moça. A namorada dele ficou chateada e disse para mim não fazer assim, não confundir a menina. Eu disse para ela que era o contrário, eu falava tudo para a minha filha. Depois uma amiga minha aqui do hospital no mesmo dia encontrou ele com a namorada fumando no local X, foi logo depois que eles saíram daqui, e esta minha amiga disse para ele que tinha conhecido a mulher dele, e que era um mulherão. A namorada dele ficou braba com isso e eu adorei ver o circo pegar fogo e ficar

de fora, só olhando. Mas, por outro lado, ele é um vício na minha vida. Sei que ele não é bom para mim, ele não aceita um não. Já vi ele destruir uma casa inteira e só fiquei olhando.

Sei que fui muito importante na vida dele. Ajudei ele muito, fiz ele completar o supletivo. Parei de estudar Direito porque engravidei. Agora imagina eu como advogada e ele com uma tatuagem, cabelão, falando "galera"! Não combina.

Entrevistadora - Te sentes diferente dele?

R - Eu até agora só procurei tipos assim, mas agora quero que dê certo. Os meus pais é que não acreditam em mim..

Entrevistadora - Percebo que teus pais tem expectativas positivas em relação a ti.

R - Mas morar no interior não dá, tem muitos drogados por lá. Em Porto Alegre poderia ir ao W (local da moda), etc. Aqui a cidade é grande ninguém encontra a gente, lá não, são os mesmos lugares, as mesmas pessoas. Mas sabes que estou louca para ligar para o G, o que tu achas, ligo?

Entrevistadora - Ele sabe que estás aqui. Quando o chamaste da outra vez, veio com uma namorada. Será que ele pode te ajudar em alguma coisa?

R - (Ficou quieta e nos despedimos.)

ENTREVISTA NÚMERO 3 COM R

Nos cumprimentamos.

R - Não estou boa hoje desde que acordei. Isso é, não me acordaram, eu não escutei me chamarem e perdi a entrevista com o meu médico.

Entrevistadora - Como é isso?

R - É que a gente tem ido dormir tarde. A enfermeira entrou no meu quarto às 8:15 horas para me dar o remédio. Eu segui dormindo, nem eu nem minha colega escutamos nada mais. Fiquei sabendo às 10:30, 11:00 horas que o médico cortou todas as minhas saídas, eu não posso nem sair do andar, nem acompanhada. Isso foi uma coisa que conquistei aqui e agora perdi, assim. Este tratamento esta parecendo com a T (local de internação totalmente fechado por período longo de tempo).

Entrevistadora - Deves conversar com o teu médico amanhã sobre isso.

R - O pior é que ele viajou, só volta na sexta-feira e eu estou presa aqui.

Entrevistadora - Bem, então tens que esperar mesmo.

R - Mas eu quero mudar de médico, como que ele fez uma coisa destas comigo? Tem uma situação que eu acho que tem a ver com isso. É que na segunda-feira à noite eu liguei para o **G** e pedi que ele viesse aqui falar comigo. Ele ficou de vir lá pelas 9:00 horas da manhã.

Entrevistadora - É o horário em que costumavas falar como teu médico?

R - Pois é, eu esperei um pouco e antes das 9:00 horas desci. Avisei o médico assistente que ia falar com o **G**. Fiquei lá embaixo esperando - 9:00, 9:30, 10:00, 10:30 e nada dele aparecer. Eu tinha me arrumado toda, estava bonitinha. Quando vi que ele não vinha subi e deitei no meu quarto. Perdi a entrevista com o meu médico, o que me deixou braba. Aí eu estava deitada e a enfermeira avisou que tinha gente querendo falar comigo. Eu perguntei quem era, ela disse que era um moço. Mandei entrar porque achei que fossem os guris daqui. Nisto entra o **G**. Ah! Eu me abracei nele, beijei, sentei no colo. Ele disse que eu estava bonita, eu estava no sol e o brilho dos reflexos do cabelo dourados ficam bonitos, estes artifícios que a gente usa. Aí eu disse para ele que o havia chamado por causa da **F**, porque estávamos perdendo a **F** para os meus pais. E também porque amo ele e como pensava morar em Porto Alegre, eu queria saber se ele vai me matar ou se vamos nos separar, etc. Neste dia conversamos mais, das outras vezes que nos

encontrávamos era só drogas ou sexo. Ele me disse que não quer separar total de mim nem ficar junto mesmo. Vamos nos encontrar quando quisermos, e ele vai tratar de ir terminando com a namorada dele.

Entrevistadora - E o que achaste disso?

R - Eu achei ótimo porque também não preciso estar cuidando dele. E não é o fim, a morte ou separação.

Entrevistadora - Como é isso da morte ou separação?

R - A morte, separação ou ficar junto com ele. Mas foi muito importante para mim esta conversa. Só que não fui falar com o meu médico na terça-feira porque o G veio aqui, e fiquei braba porque o médico assistente escreveu na pasta que eu não fui na entrevista porque preferi ir namorar. Não é isso, namorar o **G** é muito importante na minha vida.

Entrevistadora - Não foste falar com o médico nem na terça nem na quarta-feira?

R - É, mas hoje eu não tive culpa, não me chamaram. Até fui reclamar para as enfermeiras. Mas ele (o médico) não poderia ter feito isso comigo.

Entrevistadora - Vamos ver, **R**, procura te colocar no lugar do teu médico que tem uma pessoa internada para tratamento e não apareceu para as entrevistas marcadas.

R - Ficou quieta por um breve período de tempo e disse: "Mas eu não gostei do que ele fez."

Entrevistadora - Como será o tratamento fora do hospital, **R**?

R - Ele combinou comigo que a cada quinze dias avaliaríamos a situação.

Combinei com ela o horário que havia marcado com a família e nos despedimos.

ENTREVISTA NÚMERO 1 COM OS PAIS DE R

O pai de **R** bateu na porta dizendo que sua esposa estava procurando a **R** para deixar a neta com ela, mas que não a encontraram e talvez ela estivesse em reunião. Perguntou se poderia trazer a neta junto para a entrevista. Eu disse que sim. Entraram os três. A filha de **R** (2 anos) estava no colo da avó. Nos cumprimentamos.

Entrevistadora - Os objetivos desta entrevista são de conhecer melhor a família para auxiliar no tratamento da **R** e de fazer uma pesquisa, como já coloquei a vocês. Para começar, eu gostaria de ter alguns dados objetivos, como número de pessoas na família, idades.

P - Eu tenho 48 anos, a **M** tem 47, o **I** 18 e a **R** 21.

Entrevistadora - A pequeninha tem?

M - 2 anos.

Entrevistadora - A **R** estudou até quando?

M - Ela nunca estudou mesmo com vontade. Diz que quer fazer Direito. Entrou na universidade em X, primeiro em matemática, fez algumas

disciplinas básicas porque o que ela quer é fazer Direito, ou pelo menos é o que diz. Parece que o curso de Direito vai abrir em X, não sei quando, então ela começou a fazer História que elimina outras disciplinas do Direito. A questão é que ela vai assim de um lado para o outro. Se ela realmente quisesse, teria estudado e feito o vestibular para o curso de Direito.

Entrevistadora - E como vocês tem visto a filha de vocês?

P - A **R** nos assustou muito depois da tentativa de suicídio.

M - Foi, daí para diante que ficamos receosos de dizer não para ela, pois achávamos que ela podia tentar novamente. Na época ela esteve em atendimento psiquiátrico e nos foi dito que aquela havia sido uma tentativa séria de suicídio.

Entrevistadora - Que idade ela tinha?

P - 16 anos.

Entrevistadora - Como foi a tentativa?

P- Ela deu um tiro no ombro. Disparou o primeiro tiro e, com a pressão do revolver, errou, deu o segundo tiro e pegou de raspão, mas pegou.

Entrevistadora - O que aconteceu antes dela realizar esta tentativa?

M- Ela andava aprontando, daquele jeito, drogas, sexo, daí foi mandada embora de um apartamento em que vivia porque estava se prostituindo por drogas. Passava dias fora, andava imunda, quando chegava em casa eu nem sabia por onde começar. Até que neste dia eu disse que chegava, que deste jeito eu não queria mais ela em casa. **R** foi para a casa da avó, e a avó disse o mesmo para ela, então tentou o suicídio.

P- Esta foi a primeira vez na vida que vi a **M** ser dura com a **R**. A vida inteira, desde bebê a **M** protegeu a **R**, eu achava que tinha que ser mais duro com ela, mas também não agia. Deixava que a **M** resolvesse. Agora a avó disse que não queria ela em casa porque pensou que eu estava contra isso, daí a avó da **R** logo pulou em favor da filha.

M - Eu sempre quis o melhor para os meus filhos, queria poupá-los das coisas mais difíceis, queria que fossem felizes.

Entrevistadora - Vamos ver um pouco sobre a vida de vocês, como foi que se conheceram?

P - Nos conhecemos em X, estudávamos lá.

M - Eu sou de Y e fui estudar em X. Nos conhecemos na faculdade.
O nosso início foi muito bonito, cheio de sonhos.

P - Casamos e fomos morar em Z, ficamos lá por 5 anos.

Entrevistadora - O que os levou a mudar para lá?

P- Sempre achamos que era uma cidade bonita, boa de morar. Lá que nasceram os filhos. Nós não saíamos quase, vivíamos para os filhos, era tudo conosco. Só uma vez que a minha mãe ficou com eles e outra vez uma freirinha, lembra?

M - Lembro (sorrindo).

Entrevistadora - Ficou porque vocês viajaram?

P - Não, é que nós tínhamos um casamento para ir e éramos padrinhos.

Entrevistadora - Como foram as gestações, planejadas?

M - Conosco foi tudo planejado, tudo direitinho, sabes aquelas vidas certas, tudo bonitinho. A gestação da **R** foi normal, o parto também.

Entrevistadora - É a amamentação?

M - Até os dois meses no seio, depois na mamadeira.

P - Lembro que a levei no médico, toda arrumada pela **M**, no carrinho, cheia de topes. Quando tirei as roupas para o médico ver, ela parecia uma múmia, magrinha. O médico disse que era para esvaziarmos um seio, se desse 60 ml de leite poderia seguir com o seio, caso contrário teríamos que entrar com mamadeira. Esvaziamos os dois seios com sangue e deu 15 ml.

M - Me falavam que amamentar doía, e me doía mesmo. Mas eu não aceitava não dar o seio, sabia dos benefícios da amamentação. Só que nessa época ela já havia se acostumado a dormir embalada, caminhando e cantando. Lembro que não agüentava mais ver o dia amanhecer embalando a **R**. Foi uma época difícil, ela chorava a noite inteira desde que nasceu, eu a embalava e depois, quando ia colocar no berço ela acordava.

Entrevistadora - Ela não dormia bem?

M - Nunca conseguiu dormir bem.

P - Depois nós resolvemos voltar de Z, porque meu pai ficou doente, foi piorando. Eu percebi que ele estava no final da vida, aí, por causa da família, voltamos a morar em X.

Entrevistadora - Como eram as crianças quando pequenas?

M - O relacionamento deles era bom. Eu até estranhava quando as minhas amigas reclamavam das brigas entre as crianças. Eu não vivi isto em casa. Eles eram muito amigos entre si. Também tem uma coisa, o menor sempre foi mais cordato, ela não. Agora não se dão. Ele tem vergonha dela. Ele tem um grupo bom de amigos, estamos até aproveitando a fase da adolescência dele, os amigos, o grupo dele é bom. Eles também nos aceitam como mais velhos.

P - Nós também tivemos um período difícil na época dos 15 anos da **R**, estivemos separados por seis meses.

M - Depois disso ela já morou sozinha em 4 apartamentos diferentes. As coisas que a **R** já aprontou foram horríveis. Eu idealizei uma vida diferente para ela.

Entrevistadora - Como diferente?

M - Eu queria que ela levasse uma vida mais correta. Mas não adianta, ela sempre escolhe as pessoas da pior espécie para estar com ela. Tu não fazes idéia o que é o **G** pai da **F**. Não tem explicação. Para teres uma idéia, a **R** até já foi camelô com ele. Eu não posso vê-lo pela frente porque me irrita com aquele jeito desleixado, debochado.

P - Ser camelô não é problema, o problema é ser camelô de drogas como ela foi. A **M** se irrita muito com o **G**. Comigo não acontece a mesma coisa, eu converso, trato com certa distância, com educação, comigo ele não age com este desdém.

M - Mas é problema ser camelô, sim. E depois eles fazem as pazes, ela sobe na garupa da moto com a filha e vão embora. Não dá certo de novo. Eles já se juntaram e se separaram não sei quantas vezes. Logo que se juntaram moraram em uma apartamento nosso em Porto Alegre Quando engravidou, alugamos um apartamento maior para eles. A vizinhança não agüentou. A menina chorava o dia todo. Eu suponho que eles se drogavam e o bebê ficava chorando.

Entrevistadora - Eles eram sustentados por quem?

P - Por mim. Depois de um tempo cortei a mesada e tirei eles do apartamento. Foram morar com a mãe dele. Daí foi uma época que toda a hora estavam se separando e voltando.

M - No dia em que vim a Porto Alegre para buscar a **R** e a filha no apartamento para voltarem para X, veio a outra avó da criança com a menina nos braços me dizendo para levar logo a menina porque o **G** havia ameaçado de matar as duas (avó e neta). Um policial que estava perto interferiu. Nós até

já tentamos ficar com a guarda da criança, mas ele não quis, instigado pela R
Por ele já teria nos passado a guarda da filha, ele não está nem aí para ela.

P - Desde maio do ano passado os dois estão separados. Não estão juntos porque ele não quer. Ela já foi procurá-lo, mas ele não quis ficar com ela. Ela até já ficou com ele na casa da sogra como marido e mulher e ele não escondia a namorada que tem. Em uma outra época que não sabíamos mais o que fazer com a R, ela passou por uma internação. Esta internação foi péssima para ela.

Entrevistadora - Como foi?

P - A clínica entrou em férias coletivas, tinham psicóticos, autistas, tudo junto. Agora eu vejo que os filhos só melhoram quando os pais desistem. É o que tenho observado nos Alanon, que tenho ido às quintas feiras.

Entrevistadora - Você também tem ido? (perguntei à mãe)

M - De vez em quando, quase não vou.

P- Nós nunca podemos ir juntos porque alguém tem que ficar com a
F.

Entrevistadora - Teria a possibilidade de alguém ficar com a **F** para irem juntos?

P - Sim, mas a gente tem que se organizar.

M - É que a gente também se habitua com a rotina.

P - A nossa vida é muito cheia de compromissos. Tenho dois locais de trabalho e um negócio que cuidamos. Passamos 20% do nosso tempo na estrada.

Entrevistadora - Bem, aguardo vocês na próxima semana. Seu filho chama se **X Y** também não?

P - É. Ele se chama **X Y** e eu sou **X Y** Filho, o que cria alguma confusão porque acham que eu sou o filho dele.

Nos despedimos.

ENTREVISTA NÚMERO 2 COM PAIS DE R

Nos cumprimentamos.

Entrevistadora - Eu gostaria de saber um pouco mais sobre as famílias de origem de vocês.

M - Na minha família lembro que meu pai era uma pessoa doente dos pulmões, sempre trabalhou, mas nós em casa tínhamos muitos cuidados com ele. Todos os invernos rigorosos era uma preocupação para nós. Ele morreu quando eu tinha 15 anos. A minha mãe teve que tomar conta dos 3 filhos e dos negócios dele. Ela sempre foi uma pessoa muito forte. Eu, como a filha mais velha, ajudava muito, na época com 15 anos, já dirigia, pois tinha que levá-la aos lugares. Isso não era comum na minha época. O fato de eu fazer coisas diferentes que as moças da época chamava a atenção. Minha mãe era uma mulher forte, decidida. Depois quando meus irmãos ficaram maiores eles que começaram a cuidar dos negócios. Por 13 anos de casada eu nunca recebi nada de dinheiro porque tudo era reinvestido. Desde então comecei a receber uma percentagem destes negócios. Minha mãe nunca deu muito certo com o P.

Entrevistadora - Qual é a dificuldade que existe entre eles?

M - É porque, após a nossa separação, quando retornamos a viver junto, ele colocou a condição de que só voltaria se eu tivesse a minha parte da herança separada dos meus irmãos. Minha mãe não gostou disso e desde então não conversam mais.

P - A minha versão é diferente. Veja que, quando me separei deixei bem claro que eu não queria nada. E ainda assumi os compromissos financeiros da casa. O problema com os negócios da família é que os irmãos dela viviam daquilo e os lucros eram divididos, enquanto que nós sempre vivemos do meu trabalho. Eles nunca tiveram um livro de contabilidade. Assim, com as coisa divididas, nós tomamos conta do que é nosso. Eu coloco o dinheiro do meu trabalho no negócio porque também estamos em uma fase de investimentos. Mas o problema com a sogra, continuou ela não entendeu isso.

M - A menina **F** quis sair e acabou voltando.

P - O problema é que sempre achei que era uma santíssima trindade, a minha sogra, a **M** e a **R**. Em educação a última palavra sempre foi da **M**.

Entrevistadora - Como assim?

P - Ela que decidia, eu não me envolvia.

Entrevistadora - Poderias dar um exemplo ?

P - Sim. Lembro de uma ocasião que busquei a **R** numa festa de aniversário à noite, tipo reunião dançante. Ela deveria ter uns 13 anos. Ao chegar no local vi ela se agarrando com um menino. Quando cheguei em casa briguei com ela, porque este não é o padrão ético que temos. A **M** foi contra mim, achava que não havia acontecido nada do que eu estava dizendo. A **R** disse que não era verdade. Eu contestei porque havia visto com meus olhos. Não mudou nada e, aos poucos, fui me afastando deste papel.

M - Minha mãe não vai na minha casa por causa do **P**. Eu vou na casa dela, mas nem em festas nos reunimos mais. Temos um rancho que é bem aconchegante, ela não conhece, nunca foi lá. Com os meus irmãos nos damos bem, eles aceitaram a divisão dos negócios.

Entrevistadora - Qual é o seu sentimento em relação à **R**?

P - Eu te digo que quando o meu menino nasceu, eu até me senti culpado porque achava que não poderia gostar tanto dele como eu gostava dela. Agora eu vejo a **R** como uma pessoa doente. Mas não é fácil aceitar tudo o que ela apronta. Eu não brigo com os namorados, dela até fico amigo de alguns depois que terminam o namoro.

M - Sabes, eu sinto que o **P** tem um ciúmes muito sutil dela. Por outro lado, às vezes eu não sei, mas acho que ela aceitou se tratar porque em X a situação estava difícil para ela. Roubaram uma jaqueta de couro dela, eu disse que ela havia trocado por pó. Ela queria provar a mim que não e deu queixa na polícia, mas também entregou alguém que teria roubado o toca-fitas de uma amiga dela. Conseguiram a jaqueta de volta. Depois disso um rapaz estava cercando lá em casa, parece que a situação para ela estava pesada por lá.

P - Em algumas coisas somos diferentes. Eu acho que não devemos dar mais nada para a **R** até que ela se acerte. A **M** acha que sim, que se ela ganhasse um carro para ela iria melhorar. Eu acho que não.

Entrevistadora - Com o uso de drogas existe o risco de acidentes.

M - Fez sinal afirmativo com a cabeça.

P - Acho também que, se a **R** melhorar, vai ser difícil para a **M** separar-se da **F**.

Entrevistadora - Acredito que sim. No início da nossa entrevista pedi que falassem das famílias de origem e acabamos nos centrando mais na família da **M**. Vamos ver um pouco da sua família.

P - Nós éramos em 4 filhos. Três mulheres e eu de homem. Sempre fomos muito unidos. Aos 32 anos minha irmã mais nova morreu, teve um aneurisma cerebral. Deixou duas crianças que ficaram com a minha irmã mais velha. Seguimos nos dando.

Enquanto ele falava percebi que **M** parecia sorrir. Nisto ela falou.

M - **P** eu estou aqui te ouvindo falar e tenho vontade de rir. A verdade é que o **P** sempre foi mandado pelas irmãs. Até que eu me desentendi com a irmã mais velha dele, mas seguimos todos nos dando socialmente. Gosto da minha sogra, nossa relação é como de mãe e filha. Não vou dar a ela o desgosto de ter confusão em casa.

P - É, agora podes mandar sozinha em mim, já que as irmãs não mandam mais (todos riram). Tens uma personalidade forte, só que evoluíste mais do que a tua mãe que não sabe levar socialmente as situações.

Encerramos a entrevista marcando um horário para a família toda.

ENTREVISTA NÚMERO 1 COM A FAMÍLIA DE R

No horário combinado, entraram na sala a mãe de **R**, a filha de **R** e seu irmão, Nos cumprimentamos e sentaram.

M - O **P** já vem.

Ficamos aguardando ele chegar, em seguida ele chegou e ficamos esperando por **R**.

M - Parece que **R** foi jantar.

Entrevistadora - Jantar?

M - É, ela chegou às 5 da tarde aqui no hospital, nós viemos mais cedo hoje para ficarmos mais tempo com a **R**, chegamos aqui às 3 horas hoje. Ela saiu ontem à noite e só voltou hoje. Até ligaram para o meu irmão em **X** porque ela não havia chegado hoje pela manhã, ele deve estar vindo para Porto Alegre. Toda a vez que viemos aqui ela nos apronta uma. Primeiro foi o **G**, ex-marido dela. Depois foram os sogros dela. Agora essa. Eu nem falei com ela sobre isso, não me deu vontade de falar.

P - É duro! Fazer o quê?

M - Veja, agora ela jantando!

I - Ela disse que não comeu nada hoje.

Neste meio tempo a filha de **R**, pediu papel para desenhar. Dei papel e caneta e ela fez alguns "desenhos" para dar para a mãe. Chamava **R** no corredor. A porta da sala estava aberta. Quando a menina ia mais adiante no corredor, a mãe e o irmão de **R** diziam para ela que no corredor estava cheio de furiosos, o que impedia o avanço da menina.

Entrevistadora - O que é o furioso?

M - Quando saio com ela no shopping ou em outro lugares, ela não quer ficar quer sair para a rua. Eu digo que o guarda, por exemplo, é furioso. Ela não vai porque fica com medo.

Com a demora de **R** o pai disse:

P - Nós já estamos acostumados com estas coisas que a **R** apronta.

I - A gente nem estranha mais, vamos estranhar no dia em que ela fizer certo.

Nisto entra **R** e senta, passavam aproximadamente 15 minutos do horário que havíamos combinado.

Disposição das pessoas na sala:

I **M**

R **F** mesa

P entrevistadora

Entrevistadora - Bem, o **I** é a única pessoa aqui para quem eu não havia colocado o objetivo principal desta entrevista, que é o de conhecer melhor a família, para vermos de que forma podemos ajudar mais a **R** neste tratamento.

R - Eu não sei o que aconteceu, não entendi, quando cheguei eles estavam com uma cara de que um caminhão tinha passado por cima. Não sei porque estão assim, eu estou saindo amanhã do hospital. Depois de 30 dias aqui parei de usar drogas, deviam é estar satisfeitos comigo!

Entrevistadora - O que aconteceu nesta chegada?

R - (Falando alto) Sabe o que é, eu não agüento mais o meu médico. Não vou seguir atendimento com ele. Eu perguntei para ele se podia sair à noite. Ele disse que sim. Eu disse para ele que fui convidada pelos pais da X para ir jantar na casa deles e dormir lá. O meu médico disse que eu poderia sair!

P- Mas voltar até às 24 horas! (falando alto)

Deste ponto em diante a entrevista transcorreu através de gritos entre os familiares.

R - Mas ele não anota na pasta que eu posso sair, por isso dá problema. Ele me diz uma coisa, mas não escreve o que me disse na pasta! (Começou a falar mais alto e a chorar, parecia não escutar o que os outros diziam). Eu não agüento este médico, ele quer trabalhar comigo como o meu pai sempre me educou, na base do prêmio ou castigo. Eu nunca tive atenção deles que é o que eu queria! Eu não vou mais me tratar com este médico, quero trocar.

P - Vais te tratar com ele, sim, porque eu só pago este, não vais trocar não, porque eu não vou pagar. Querias de tratar, pois tens esta chance!

R - Sabes o que ele faz comigo? Me deixou dois dias sem sair do andar.

Entrevistadora - Nós conversamos sobre isso **R**, não foste dois dias falar com ele nos horários marcados de entrevistas.

R -(Falando mais alto ainda) Eu não vou, com ele eu não me trato e fim. Vocês querem é acabar com o meu tratamento, eu é que queria me tratar para arrumar a minha vida. Tu (dirigindo-se ao pai), sempre foi assim comigo, como é o psiquiatra, e eu não quero ficar com ele.

I - Mas tu sempre achas problemas com os médicos. Faz o teu tratamento e mostra que podes cuidar da tua vida!

M - Como podes saber que ele não é bom?

R - Eu já falei com os outros pacientes daqui, e ele é o mais rígido, o que dá menos espaço, e eu não quero. Se dirigindo ao pai: "Tu nunca me deu apoio, quando engravidei até me disseste para abortar."

P - Levantou muito brabo e disse: "Isso é uma mentira!"

M - Não diz isso porque o teu pai aceitou muito bem, foi ótimo contigo, foi lindo o que ele te disse!

P - (Falando alto). Vou deixar bem claro. Ela e o **G** vieram falar comigo. A **R** me disse que estava grávida. Eu disse para eles que se eles

quisessem a criança tinham todo o meu apoio, nunca iria faltar comida, educação e atendimento. Que a decisão era deles, mas se por acaso não quisessem a criança, não fossem procurar uma parteira qualquer pelo risco de morrer. Mas deixei bem claro que a decisão era deles, eles que decidissem para que depois, mais tarde, não atirassem na minha cara que eu queria que ela abortasse.

Agora, com este tratamento, podes estar certa que em Porto Alegre não vais ficar por minha conta. E universidade eu não pago por enquanto para ti, já paguei três.

R - Mas, pai, eu não posso perder tempo na minha vida!

P - Podes sim, dois anos não é muito tempo! Tu já perdeste tempo. Quem não pode perder tempo agora sou eu que sou mais velho (ele estava muito alterado, pediu licença e saiu da sala).

I - **R**, mostra que vale a pena investir em ti. (o que o irmão dizia tinha um tom de desdém, do tipo: "Mostra que podes, eu sei que não podes"). Vê se fazes algo para merecer, mas se tu já achas que com o médico não vai dar certo...

R - (Falou chorando) **I**, tu tens tudo, o que tu estas falando?

I - Mas faz a tua vida!

R - Vou fazer, vou morar em Porto Alegre e com a minha filha e fim, eu sei cuidar dela.

M - Mas antes, quando ela morava aqui contigo, como foi, **R**?

I - Esta criança tem dois anos, acho que um ano e meio foi a mãe que cuidou dela.

R - Nada disso, ela ficou comigo até um ano e dois meses!

O pai de **R** voltou para a sala.

P - Sim, com idas e vindas. A **R** me ligava e dizia: "Pai, vem me buscar, e lá saía eu para buscá-la."

R - Mas não interessa, eu vou cuidar dela, acham que eu não sei?

M - **R**, sabes dar atenção para ela , mas não é só isso.

R - Eu não vou levar a vida como vocês levam, que vida chata, triste, infeliz.

Houve um silêncio, dava a impressão de que todos concordaram com isso.

M - Mas se tem alguns momentos bons e estes momentos são um estímulo.

R - Eu cuidei bastante dela.

P - Sim, só que a vizinhança do apartamento que aluguei para ti não agüentava mais os choros dela, te drogavas e deixavas ela chorando. Até a polícia entrou no apartamento porque o **G** queria matar vocês duas!

I - A **R** não pensa no pai e na mãe que há um ano e meio cuidam desta criança. Ela é como filha para eles!

R - Como filha, I?

I - Está bem, **R**. Ela é como neta, eles são como avós. Agora, doutora, ela quer tirar a **F** deles. Para mim ela também é como minha irmãzinha.

R - Vocês querem que eu viva sem a minha filha? Não vou de jeito

A menina neste momento quase caiu no chão. A cadeira onde ela se segurava para subir, que estava ao lado de **R**, veio para frente. Ela ficou assustada e começou a chorar. Até então eles estavam brigando, chorando, falando muito alto e pararam um pouco. Em seguida **F** parou de chorar no colo de **R**.

P - Queres ficar aqui, e quem vai pagar?

R - Tu, que é meu pai, tem que me ajudar, claro, ou não vais me dar isso? O **I** tem tudo.

P - Esta internação que estou de dando custa o preço de um carro. E quantas como esta já te dei?

R - Mas eu tenho um objetivo na vida que é cuidar da minha filha!

P - Eu sei o quanto uma internação não é a solução para um tratamento, é o começo, ainda tem a parte mais difícil por vir.

M - A **F** não tem dormido bem há uma semana.

R - O que ela tem?

M - O médico acha que é um problema crônico de pulmão, que pode virar em asma, etc... tem que ter muito cuidado com ela.

R me olhou como se me perguntasse: "E agora?" Neste momento achei que a mãe estava jogando com a fragilidade física da menina para ficar mais tempo cuidando dela.

R - Mas eu não abro mão da minha filha, já cuidei dela antes e agora não estou me drogando. Vocês não entendem que já melhorei, não vêem o meu progresso, o que querem de mim? Eu sou uma desgraçada, uma infeliz mesmo! Estou me tratando da personalidade do drogadito. Esta é uma personalidade que não tem horários, não tem compromissos, etc...

P - E queres cuidar de uma criança?

R - Mas estou me tratando desta personalidade.

P - Então, primeiro te trata, depois podes fazer o que queres.

Entrevistadora - Vamos ver o que é necessário par cuidar de uma criança?

R - Carinho, atenção.

P - Tempo, uma casa, dinheiro.

M - Assistência médica.

Entrevistadora - R, achas que podes fazer isso?

R - Agora não, mas este é o meu objetivo.

Entrevistadora - É importante que tenhas um objetivo. Estás conseguindo vencer uma etapa, que é a de não te drogar, tens um caminho pela frente. Mudar é difícil para a **R**, mas ela está se esforçando, acho que também é difícil para a família.

R - Mas eu não agüento meu médico.

M, P, I - Mas nunca gostaste de nenhum médico que te tratou, (lembraram de uns três médicos).

R - Eu gosto de falar com a **A** (entrevistadora).

Entrevistadora - Sim **R**, mas a nossa relação é diferente de uma relação psicoterápica, eu não preciso impor condições, colocar limites. Se eu tivesse que fazer isso talvez fosse como com os outros. Acho importante conversares com o teu médico sobre isso porque faz parte do tratamento.

Combinamos um outro horário para a semana seguinte.

ENTREVISTA NÚMERO 2 COM A FAMÍLIA DE R

Esta segunda entrevista não foi tão explosiva como a anterior. Desta vez um escutava o outro antes para depois falar. O tom de voz utilizado pela família ficou dentro de padrões aceitáveis. Já fazia uma semana que **R** havia saído do hospital.

Entraram e cumprimentaram. A disposição dos membros na sala foi a seguinte:

I **R**

 F
M mesa

P entrevistadora

F entrou com uma pequena bola de basquete na mão.

M - Ela adora colocar a bola na cesta.

F estava na frente do avô. Este pegou a bola da menina e fez que tinha atirado pela janela, entretanto escondeu a bola entre as pernas. A

menina mostrou-se angustiada frente à possibilidade de perder a bola. O avô mostrou a bola para ela e novamente fez a mesma brincadeira, devolvendo depois a bola para a menina. Ela pegou a bola, parecendo não ter entendido o que se passou. O avô em seguida fechou a cortina da janela dizendo: "Deixa eu fechar isso porque tu és louca e vais atirar a bola mesmo". A menina seguiu parada, olhando para ele como se não estivesse entendendo bem o que estava acontecendo. Neste momento eu senti necessidade de dizer alguma coisa para ela.

Entrevistadora - Foi só uma brincadeira, **F**. Bem, como vão vocês?

M - Olha eu passei a semana aqui com a **R** e com a **F** e achei que a **R** está muito bem, cumpriu as regras, dormiu cedo, ajudou a cuidar da **F**, conversamos bastante, foi amiga, afetiva comigo. Nós só não conseguimos falar sobre planos para o futuro, ela não aceita nada.

P - O médico indicou um tratamento psicoterápico por 2 anos duas vezes por semana e a **R** não aceita pegar um ônibus e vir duas vezes por semana a Porto Alegre para estas entrevistas.

R - Aqui eu fico, mas não vou morar lá, não dá.

P - Ela quer ficar em Porto Alegre. O médico acha que ela deve ter um objetivo, trabalhar, estudar. Vamos dizer que ela vai trabalhar.

R - Ele não falou em trabalhar, falou em ter um objetivo.

P - O que acontece é que eu já decidi , aceito que ela fique aqui, estude, se prepare para um vestibular, trabalhe, seja lá o que for. Só que a **F** vai conosco e a **R** pode morar numa pensão ou hotel.

M - Ela não quer fazer Direito em duas cidades do interior, tem que ser aqui.

P - Pode ser na PUC, UFRGS, Ritter dos Reis, mas ela não aceita morar em um pensionato ou em um hotel. Eu não vou deixar ela morar neste apartamento que tenho aqui porque foi assim antes e já sei o que houve. Meu apartamento virou um antro de traficantes.

R - Agora deixa eu falar. Eu já estou fazendo o maior esforço em ficar longe da **F** (encheu os olhos de lágrimas, não me pareceu muito sentido). Tudo o que quero é ficar com a minha filha e já estou abrindo mão disso que é o mais importante para mim. Agora, morar em um pensionato ou hotel dividindo o meu espaço com alguém eu não quero, acho que não vai ser bom para mim. Até porque nestes lugares vem muita gente pronta para festa, só querem saber de festa e acho que não vai ser bom para mim. Eu quero ter o meu lugar, meu canto, meu apartamento.

I - Mas em um apartamento vais aprontar.

R - Se eu quiser eu apronto em qualquer lugar. Um dia destes saindo do supermercado com a mãe e a **F**, vi um pessoal com drogas, se eu quisesse poderia ter ido.

Enquanto isso a menina **F** brincava na sala e ficava com um ou com outro da família.

P - Ela quer que eu dê um apartamento para ela. Veja só! Quer acabar com o que tenho, com o meu dinheiro. Eu não vou fazer isso. Eu já tive uma experiência com a **R** aqui em um apartamento e foi um horror, até tráfico de drogas acontecia.

R - Eu nunca trafiquei.

P - Mas os tipos que andavam contigo traficavam.

R - Bem, o que meus amigos faziam eu não sei.

P - Sim, aqueles montes de tapetes cheios de pó.

M - Sobre a **R** trabalhar aqui eu tenho o meu ponto de vista. Ela já teve uma experiência de trabalho e não foi estas coisas.

R - Eu não tenho carteira assinada, não tenho qualificação para conseguir um emprego, para ganhar um salário por mês, então prefiro estudar.

Entrevistadora - Um trabalho seria bom para ela no sentido de cumprir horários, organizando uma vida diferente, ao mudar o estilo de vida corre menos riscos com a droga.

R - É verdade, em qualquer lugar há o risco.

Entrevistadora - Percebo que hoje vocês estão podendo conversar, escutar e ser escutado, tentar negociações.

Todos brincaram e riram com relação à entrevista anterior da família quando só se ouviam gritos, foi uma entrevista tensa.

M - Esta é a palavra, negociar.

P - O passado nos mostra como é difícil negociar e agora eu não vou arrastar o pé quanto ao apartamento.

R - Mas, pai, tu tens que me ajudar, tu só falas no passado. Quando entrei no tratamento, disseram para esquecer o passado e pensar só no futuro.

Entrevistadora - Acho importante incluir o passado porque faz parte da vida de todos.

P - São seis anos que vivemos deste jeito, a família toda desestruturada. Não temos tranquilidade. Sempre preocupados com o que houve com a **R** quando ela desaparece.

R - Eu também sofria, por que acham que eu sumia?

Entrevistadora - Eu gostaria de pensar junto com vocês para o que a drogadição da **R** servia nesta família.

R - Olha, eu acho que na família existem muitos problemas. Existe uma pessoa que representa tudo de bom e uma que representa tudo de ruim. A que representa tudo de ruim sou eu, e quem representa tudo de bom é a **F**.

M - Eu pensei que irias falar do **I**. Mas estás com inveja da tua filha?

R - Eu não (meio sem jeito).

Entrevistadora - **R**, a **F**, enquanto tua filha é parte tua e fica sendo a tua parte boa nesta família.

R - (Ficou quieta e encheu os olhos de lágrimas.)

M - **R**, és a nossa maior preocupação agora, na mesma medida em que és importante na nossa família. As outras coisas, problemas com empregados, etc. são preocupações do dia a dia, normais da vida, que não nos tomam tanta atenção.

P - A nossa vida está uma bagunça. No meu trabalho é difícil achar alguém para me substituir nestas viagens. Os negócios largados, faz um mês não vamos lá. Agora, com a **M** em Porto Alegre e eu e o **I** toda a semana no interior só com a empregada tomando conta da casa, é uma bagunça.

Entrevistadora - Neste momento a **R** detém a atenção de todos.

I - Eu digo para a **R** que ela deveria mostrar que é capaz de cuidar dela. Como que ela vai ficar com a filha aqui. Mas não adianta, a gente fala e ela não faz nada. Nós achamos que isso seria importante para a vida dela.

R - Deixa eu falar uma coisa: o **I**, quando fala, só fala em nós. Eu não aceito isso porque ele não fala ele. É só nós: ele, o pai e a mãe.

Entrevistadora - Este "nós" mexe contigo porque te sentes excluída.

R - É (encheu os olhos de lágrimas). Eu até já me controlo, antes, quando me diziam uma mínima coisa, eu já explodia. Agora conto até dez, me controlo.

I - Eu vou dizer que eu queria que a **R** melhorasse, sentasse a cabeça, mas não sou fã dela não. Não tenho afinidade com ela, mas gostaria de vê-la acertada na vida.

R - (Retrucou.)

M - **R**, eu te peço duas coisas. Uma é seguires com o medicamento, são quatro vezes por dia, é um horário difícil. E a outra é se manter no tratamento enquanto eu não estiver aqui.

R - Eu não queria o médico e estou com ele, não queria tomar remédio, estou tomando.

P - Eu quero dizer que não negocio apartamento aqui em Porto Alegre. Quando há uma greve entre empregados e trabalhadores, os trabalhadores têm o que negociar, que é o serviço deles. Tu, o que tens para negociar? Nada. Só a afetividade, nada mais. Não podes viver por ti, não tens nada, neste caso não tem negociação.

Encerramos a entrevista.

ENTREVISTA NÚMERO 3 COM A FAMÍLIA DE R

Nos cumprimentamos e eles entraram.

R - Eu preciso ir ao banheiro, estou apertada.

M - Eu vim, mas não vou falar, não estou bem.

P - Nós estamos muito apreensivos de deixar a **F** com a **R** em Porto Alegre. Ela não tem condições de ficar com a filha aqui. Ao longo da vida ela só tem nos aprontado, e agora achamos que o risco é muito grande, mas o médico acha que ela pode ficar com a **R**, seguiremos o que ele diz, mas eu acho que não vai dar certo.

R - Vocês não querem é me ajudar, querem é me ver mal. Eu estou fazendo uma série de mudanças na minha vida e eles não enxergam. Estou me tratando, tomando remédio que eu não queria tomar. Eles não vêem nada do meu esforço só falam do passado.

I - Mas tu só aprontas **R**. O que fizeste com a mãe, eu não aceito, não admito. Bater na mãe uma pessoa que só tem te ajudado em tudo. Mesmo que não tivesse te ajudado, ela é tua mãe. Por isso que eu nem queria vir aqui, acho o fim o que fizeste com ela.

P - O problema é que a **R** quer tudo, eu até aceitei deixar o apartamento para ela morar aqui. Coisa que eu não estava disposto a ceder de jeito nenhum. É o quinto apartamento, não sei em quanto tempo.

Entrevistadora - A **R** esta aonde agora?

P - No apartamento que é da minha mãe. Foi onde ela morou antes. A vizinhança já conhece bem ela. Eu deixei ordem que ninguém sobe no apartamento. As visitas da **R** ela atende lá embaixo.

I - A vida inteira ela aprontou, Dra. ontem, em Z, nós saímos para jantar e ela já queria ficar na cidade.

R - Eu não fiquei porque eu não tinha um carro para voltar para casa. Veja, não tinha como voltar. E ele até na casa dos meus padrinhos fica, dos meus padrinhos!

P - Sim, mas eles não querem ficar contigo.

R - Mas vocês não enxergam como eu já melhorei. Faz dois meses que não saio de casa. Neste tempo todo só fui uma vez à boate. Vocês acham que não me faz falta as drogas e o sexo. Estou me comportando, mudando.

P - O medo que tenho (falando mais baixo um pouco, meio por mímica, enquanto **R** estava de costas para ele) é que ela saia e deixe a menina sozinha. Isso ela faz em casa. Sai e nós que cuidamos da **F**.

R - Sempre deixei a **F** com a mãe. Eu saio em **X** porque sei que vocês estão em casa. Eu não vou sair aqui, até sei que por muito tempo não vou poder sair.

I -(Começou com alguma discussão do tipo acusatória.) A gente tenta, Dra., mas não tem condições.

R - Ó, **I** tu não sabes com é difícil para mim. Eles reclamam de um monte de coisinhas mas não se dão conta de outras coisas, por exemplo, quando cheguei do hospital tinha 2 garrafas de bebida no apartamento, uma de martini que é a bebida que eu mais gosto. Eu não bebi nem botei a mão, e poderia ter bebido porque nem iriam notar. Eles não vêem o meu esforço, só o ruim.

Todos ficaram quietos.

R - Quando saímos para jantar com a família, todos tomaram cerveja, só eu tomei coca. Ninguém me perguntou se eu queria uma cerveja, já vieram com a coca pronta. Tudo bem, eu aceito isso, mas me dói.

I - (Começou a falar sobre um outro assunto, queixando-se da **R** sobre o que ela havia aprontado.) Ninguém saiu para jantar outro dia porque ela disse que não iria.

Entrevistadora - Além das questões que estão sempre sendo trazidas, temos uma outra situação que é o fato da **M** estar e não estar aqui. Eu gostaria de ver um pouco esta situação.

R - Ela me encheu a semana inteira desde que soube que a **F** iria ficar comigo em Porto Alegre. Eu não queria bater nela, mas ela me pediu. O que aconteceu é que ela insistiu, até debochou de mim, chegou num ponto que eu não agüentei e bati nela.

I - Mas o que tu fez não tem explicação. Eu não admito.

R - Mas ela também o que tem feito para mim, o deboche, me mandou longe hoje de manhã em tal situação. Vocês também têm um monte de problemas na família, não sou só eu.

I - (Falou sobre os problemas de herança na família da **M** que agora estão resolvidos, faz 4 anos. A avó, que não se relaciona com o pai dele, não foi mencionada). A irmã mais velha do pai achava que eu tinha mais atenção do que a **R** em casa e por isso houve alguma confusão entre ela e a mãe.

Percebi que o assunto estava sendo desvirtuado do tema anterior que eu havia proposto investigar, partindo do que **R** trazia, isto é, do quanto sua mãe também implicava com ela.

Entrevistadora - Mas vamos ver como a **M** está se sentindo, houve novas interferências e brigas entre **P**, **I** e **R**.

I - Mas, Dra., a **R** aqui em Porto Alegre com a **F**, não dá. A **R** deveria ficar aqui sozinha e depois, quando estivesse boa, poderia voltar a ficar com a **F**, não agora.

Entrevistadora - Mas será que a **R** sozinha, com mais tempo livre, não teria mais oportunidades de entrar em contato com as drogas e assim correria mais risco?

P - Mas o risco de deixar a criança com ela é muito grande.

R - Vocês não entendem que tudo o que tenho é meu corpo e a minha filha, nem a roupa que visto é minha.

P - Ah! Não, isso é demais!

I - Mas então por que ela não fica morando em X?

Me chamou a atenção o fato de não conseguir conversar sobre o clima afetivo que estava se passando na situação da **M** não falar nada, e os sentimentos que estavam por trás disso. Até então **M** não havia dito uma palavra.

Entrevistadora - Vou pedir para a **M** e a **R** trocarem de lugar. (Após sentarem cada uma no local da outra.) Como cada uma sente no lugar da outra?

Houve ainda uma série de interferências com o objetivo de evitar que este tema fosse tocado.

R - Eu vou dizer o que acho mas que eu nunca falei, viu, mãe, me desculpa mas vou dizer. Acho que a mãe esta cheia de problemas, menopausa, um casamento que não deu certo, o pai na idade do lobo, ela não faz nada na vida dela.

P - Mas fazer o quê? Ela faz o que ela gosta de fazer, cuidar da casa.

M - Veja, eu tenho uma casa com dois pisos, piscina e uma criança de dois anos. Eles querem o quê? Tem muito o que fazer. E, por outro lado, eu olho e o que vejo na minha família? Tudo o que lutei para construir deu nisto aí, para que tanto investimento?

R - Eu só quero que vocês gostem de mim, que me aceitem como eu sou.

M - Eu estou mesmo faz três meses sem menstruar, preciso ir ao ginecologista e depois, se o **P** está na idade do lobo, eu não me importo, acho que ele deveria aproveitar e ter algum prazer.

P - Eu queria é entrar nesta idade (todos riram).

Entrevistadora - Como é para ti, **M**, estar no lugar da **R**?

M - Eu estou mesmo é desiludida, não acredito mais na **R** (chorando mas não parecia um choro sentido mesmo), para mim ela é uma vileira, não passa disso. Cheguei à conclusão que o problema dela não é só as drogas e que ela não tem solução (com um choro que tinha um colorido de manipulação e, neste momento, vi muita semelhança entre ela e a **R**). Ela é de vila, não adianta mesmo. Deixo com vocês do hospital, é por vocês e em vocês que eu confio, eu não quero mais nada com ela.

I esta sempre interferindo, salientando os aspectos negativos e dizendo, em última instância, como a **R** não vai dar certo. Quando isso ocorreu pela quarta vez eu disse que talvez neste momento, teria que se adotar uma postura diferente em relação a **R**, no mínimo de uma interrogação sobre o

resultado de seu tratamento, mas não esta perspectiva tão negativa, que não permitia espaço para mais nada.

Seguiram brigando.

Entrevistadora - Com a mudança de lugares agora me chama a atenção que temos um casal de meia idade com uma criança de 2 anos. Uma criança nesta idade exige tempo, atenção, é difícil. Imagino o quanto fica mais difícil para vocês resgatarem a relação do casal, pois fica difícil vivendo como pais de uma criança pequena.

P - Até mesmo porque dormimos em quartos separados.

Entrevistadora - Separados?

P - É para não acordar a **F** pela manhã, porque eu acordo muito cedo e depois ela não dorme mais.

O I colocou que a culpa é da **R**. Deu briga com a **R**, confusão novamente.

Entrevistadora - Vejam o quanto é difícil esta troca de lugares, se colocar no lugar dos outros.

R - Mas sabes o que me assusta? É que eu não me arrependi do que fiz. Ainda bem que não bati na cara dela, que não perdi todo o controle. Mas ela estava pedindo. Talvez estivesse esperando que eu saísse para a rua para me drogar (chorou de forma sentida quando falou isso).

Mais interferências

Entrevistadora - Pelas palavras, parece que há só raiva, como se não houvesse também arrependimento, dor. Mas, através deste choro, se percebe o quanto a situação está sendo vivida com dor.

M - Disseste muito bem, a vivência é de raiva ao invés de vir com sofrimento.

Entrevistadora - Quem sabe este é um jeito com que a família está acostumada a se relacionar. Talvez tenham que aprender a decodificar de forma diferente o comportamento do outro, e isso inclui todos da família.

Ficaram em silêncio.

P - Aprendido na família.

M - Mas veja, eu estou com o braço todo roxo.

Entrevistadora - Escutei fazendo sinal afirmativo com a cabeça, não falei nada e encerramos a entrevista.

SUMMARY

The present research attempts to describe and understand some relationship patterns established within families with teenagers dependent on psycho activating substances or those who make heavy use of such drugs.

The clinical method was used. The technique was the interview, in which I considered the explicit information - as well as the implicit meanings - in the accounts of the family members, gleaning some knowledge about the working structure of these families.

As the research went on, I realized that each family has a unique reality. However, within the individuality of each family group I found aspects that most of them have in common, which I grouped into five categories that form the results.

The first category refers to the characteristics of the relationship between mother/baby, in which some difficulties were found. The second category, the role of the mother, revealed overprotection on the part of the mother, especially with regards to the chemical-dependent son. But it was in my contact with these mothers that I noticed the greatest affective readiness within the family group towards the chemical-dependent member. The third category, the role of the father, was marked by father figures that abandoned their functions or were removed from them. In the fourth category, characteristics of the parents, I observed that the couple had marital difficulties prior to the chemical dependence of their children. And in the fifth category, family dynamics, there were difficulties on part of the parents to establish limits for the chemical-dependent child, siblings critical of the chemical-dependent family member and family situations that characterized a destructive environment within the family.

In this research I conclude that families develop relationship patterns which hamper the favorable development of their members, especially that of the chemical-dependent child.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABLON, J. Family structure and behavior in alcoholism: a review of the literature. In: Social Aspects of Alcoholism - The biology of alcoholism. New York: Plenum Press, 1976. 643 p. pp.205-242.
- ANDERSON, A. R., HENRY, C. S. Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. Adolescence, Califórnia, v. 29, n.114, Summer, 1994.
- BION, W. R. Experiências com grupos. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- BLEGER, J. Temas de Psicologia: Entrevista y grupos. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.
- BREHM, N.M., KHANTZIAN, E.J. A psychodynamic perspective. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. Substance abuse: a comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992. 1110 p. p.106-17.

CARLINI, E.A. Carlini, CONTRIM, B.H.R.S., SILVA FILHO, A.R., BARBOSA, M.T.S. Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus, em 1989. São Paulo, EPM/CEBRID,1990. p.77-85.

CASSEL, C., SYMON, G.. Qualitative Methods in Organizational Research. Califórnia: Sage, 1994. p.14-35.

CASSORLA, R. M.. S. Jovens que tentam o suicídio. Campinas: UNICAMP, 1981. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1981.

CRESWELL, J. W.. Research design: qualitative and quantitative approaches. Califórnia: Sage, 1994. p.1-169.

DAVIS, M., WALLBRIDGE, D. Limite e espaço: uma introdução à obra de D.W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 1982. 205 p. p.47-156.

DENTON, R. E., KAMPFE, C.M. The relationship between family variables and_adolescent substance abuse. Adolescence, v.29, m.144, Califórnia. p.475-495. Summer, 1994.

- DULFANO, C.. Family therapy of alcoholism. In: Practical approaches to alcoholism psychoterapy. New York: Plenum Press, 1978. 280 p. p.119-136. New York, Plenum Press, 1978.
- ETCHEGOYEN, H.. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- FREEMAN, E. M.. Substance abuse treatment: A family systems perspective. Califórnia, SAGE, 1993.
- GROLNICK, S.. O trabalho e o brinquedo: Uma leitura introdutória. Porto Alegre, Artes médicas, 1993.
- KALINA, E., GRYNBERG, H.. Aos pais de adolescentes. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1985.
- KAUFMAN, E.. Family therapy: A treatment approach with substance abusers. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. In: Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992. p. 106-17.
- KNOBEL, M. Aspectos psicológicos e psiquiátricos ligados ao uso de drogas pelos adolescentes. In: SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Educação. Padrões de Saúde. A farmacodependência em seus múltiplos aspectos. 1981.

- KNOBEL, M. Brief dynamic psychotherapy of psychotic patients and their families. Dynamische psychiatrie, München, v.23, n.124/125, p.343-357, outubro, 1990.
- KNOBEL, M. Drug addiction as a psychotic entity in adolescence: its treatment. Dynamische psychiatrie, München, v.25, n.132/133, p.23-31, outubro, 1992.
- LADRIÈRE, J.. A articulação do sentido. São paulo, EPU, 1977.
- LITTLE, M.I.. Ansiedades Psicóticas e Prevenção. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
- MADANES, C., DUKES, J., HARBIN, H. Toxicomanies et thérapies familiales. Paris: Reseaux-Systemes-Agencements, 1992. 155 p. Liens familiaux des heroinomanes, p. 87-100.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. 269 p.
- MUISENER, P.P. Understanding and treating adolescent substance sbuse. Califórnia, SAGE, 1994.
- RICHTER, H. E. A família como paciente. São Paulo, Martins Fontes, 1990.

SILVERMAN, D. Interpreting Qualitative Data. Califórnia, Sage, 1994.

STANTON, M. D. Toxicomanies et thérapies familiales. Paris: Reseaux-Agencements, 1982. 155 p. Le drogue em tant que sauveur: heroine, mort de la famille. p. 101-7.

STANTON, M. D., TODD, T. C. Terapia familiar del abuso y adiccion a las drogas. Barcelona, Gedisa, 1990.

STERNSSCHUSS-ANGEL, S., ANGEL, P., GEBEROWICS, B. Toxicomanies et thérapies familiales. Paris: Reseaux-Systemes-Agencements, 1982. 155 p. Le toxicomane, son prosuit et sa famille, p. 35-45.

STEINGLASS, P. The alcoholic family. New York, Basic Books, 1987.

STOKER, A., SWADI, H., Perceived family relationship in drug abusing adolescent. Drug and Alcohol Dependence, Irlanda, 25, 293-97, 1990.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. Privacão e delinquência. São Paulo, Martins Fontes, 1987.

Procedimento:

Escolha do local: Este local foi escolhido por já conhecer esta internação.

Características do local: É uma internação psiquiátrica para atendimento do alcoolismo e da drogadição particular que mantém alguns convênios, dentro de um hospital geral. Existem cinco psiquiatras responsáveis pelo atendimento no local, mas é uma unidade aberta para internação de pacientes de outros psiquiatras que não fazem parte da equipe.

Técnica Utilizada: Entrevista psicológica aberta, com um breve roteiro. Planejei entrevistas com:

- * Adolescentes: para obtenção de rapport
- * Pais: para obtenção de dados históricos do grupo familiar
- * Famílias: conhecer funcionamento do grupo familiar como um todo

Número de entrevistas: Foram planejadas aproximadamente 6 entrevistas com cada família. De 1 a 3 com o adolescente. De 1 a 2 com os pais e 3 com as famílias.

Tempo de entrevista: Com os adolescentes foram contatos mais breves. Com os pais e com as famílias as entrevistas foram de 1 hora/ 1 hora e 30 minutos. Procurei realizar as entrevistas na seguinte ordem adolescentes, pais e famílias. Por razões circunstanciais nas duas últimas famílias (família 3 e 5) não foi seguida esta sequência.

Seleção da amostra: Parte foi obtida através das reuniões semanais de equipe e parte através de micro reuniões e alguma atividade junto à equipe.

Forma de apresentação: A família foi informada que as entrevistas incluíam ajuda ao atendimento do paciente identificado e as informações obtidas foram transmitidas ao respectivo médico psiquiatra responsável pelo caso.

Consentimento: Todas as famílias foram informadas sobre a utilização dos dados para pesquisa, sobre o anonimato e consentiram com a utilização das informações.

ADENDO À TESE:

“Algumas formas de relacionamento em famílias com adolescentes dependentes ou com uso abusivo de substâncias psicoativas”.

Número das páginas das citações contidas na pesquisa:

Página 15 - Kalina e Grynberg (1985:14) esta é uma paráfrase

Página 18 - Freeman (1993:1)

Página 19 - Knobel (1981:26)

Página 19 - Muisener (1994:47)

Página 35 - Winnicott (1990:81)

Página 35 - Winnicott (1990:82)

Página 36 - Winnicott (1990:84)

Página 42 - Winnicott (1987:109)

Página 43 - Winnicott (1987:116)

Página 44 - Winnicott (1987:131)

Página 46 - Winnicott (1993:62)

Página 47 - Winnicott (1993:68-70)

Página 48 - Winnicott (1994:115)

Página 48 - Davis e Wallbridge (1982:60) referem que esse autor definiu o trauma...

Página 54 - Mynaio (1994:36)

Página 55 - Bleger (1979:18)

Página 57 - Etchegoyen (1987:54)

Página 57 - Winnicott (1990:146)

Página 58 - Etchegoyen (1987: 145)

- Página 59 - Little (1992:84)
- Página 59 - Habermas apud Mynaio (1994: 222)
- Página 60 - Yin (1994:1)
- Página 64 - Bleger (1979:10)
- Página 65 - Cassel e Symon (1994: 19)
- Página 68 - Tesch apud Creswell (1994:154)
- Página 69 - Creswell (1990:153)
- Página 95 - Winnicott (1993:24)
- Página 96 - Winnicott (1990:133 a 134) esta é uma paráfrase também
- Página 97 - Winnicott (1993:24)
- Página 97 - Winnicott (1987:134)
- Página 105 - Winnicott (1987:130)
- Página 105 - Grolnick (1993:53)
- Página 112 - Winnicott (1987: 122)
- Página 114 - Winnicott (1993:61)
- Página 123 - Ablon (1976:207)
- Página 130 - Winnicott (1993:45)
- Página 162 - Winnicott (1987:134)
- Página 163 - Winnicott (1993:127)

A seguir incluo as seguintes alterações que se fizeram necessárias:

Página 164 - terceira linha: Ao invés de "... cura terapêutica da mãe..." leia-se " ... cura pela adaptação terapêutica da mãe..."

Página 235 - Winnicott, D. W. Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro. Francisco Alves, 1993. Desconsiderar esta referência bibliográfica pois ela não foi utilizada ao longo do trabalho para citações ou paráfrases.