

DROGADIÇÃO E FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE A DINÂMICA VINCULAR ENTRE MÃE E FILHA

Maria Lucia DE SOUZA CAMPOS PAIVA¹
Silvia BRASILIANO²

Resumo: Nas últimas décadas, muitos trabalhos têm sido escritos a respeito das intervenções terapêuticas no âmbito das drogadições. A questão da família e sua inserção no entendimento da dinâmica dos adictos tem sido fundamental. Este artigo tem por objetivo contribuir para a reflexão teórica sobre a dinâmica familiar das mulheres dependentes de álcool ou de outras drogas, discutindo e aprofundando a questão do vínculo mãe e filha. Devido à complexidade do vínculo que se estabelece entre a adicta e sua mãe, apresentamos algumas vinhetas clínicas do atendimento de um grupo multifamiliar realizado no ambulatório do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD – IPq – HC – FMUSP), visando ao aprofundamento do tema.

Palavras-chave: Drogadição; Família; Vínculo mãe-filha; Dinâmica Familiar.

Résumé : Au cours des dernières décennies, de nombreux ouvrages ont été écrits sur les interventions thérapeutiques dans le contexte de la toxicomanie. La question de la famille et de son insertion en relation avec la compréhension de la dynamique des toxicomanes a été fondamentale. Cet article vise à contribuer à la réflexion théorique sur la dynamique familiale des femmes dépendantes d'alcool ou de drogues, en discutant et en approfondissant la question du lien mère-fille. En raison de la complexité du lien établi entre la toxicomane et sa mère, nous présentons quelques vignettes cliniques de l'assistance d'un groupe multifamilial réalisée dans la clinique des Femmes Dépendantes des Produits Chimiques. (PROMUD - IPq - HC - FMUSP), visant à approfondir le thème.

Mots-clés : Toxicomanie ; Famille ; Lien mère-fille ; Dynamique familiale.

I. INTRODUÇÃO

A dependência³ de álcool e de outras drogas é um quadro complexo que sofre a influência de inúmeros fatores. Como diz Neubem (2003, p. 254), “é um tecido composto de múltiplas faces (individuais, sociais, familiares, econômicas, políticas, culturais, entre outros) que não é esgotado por nenhuma delas, ao mesmo tempo que não é capaz de explicar todas as nuances presentes nas mesmas”. A família é, então, uma dessas faces, e é essencial à compreensão da dependência a dimensão relacional. Já é consensual que a dinâmica familiar tem influência na gênese, no desenvolvimento e na manutenção da drogadição.

¹ Maria Lucia de Souza Campos PAIVA é doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia pela Universidade de São Paulo. Atualmente trabalha no Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP) e em consultório particular.

² Silvia BRASILIANO é doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente é Coordenadora do Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP) e trabalha em consultório particular.

³ Neste artigo os termos drogadição e dependência de álcool e/ou drogas serão usados como sinônimos.

A maioria das descrições encontradas na literatura sobre a relação familiar nesse quadro, comumente, gira em torno de: mãe superprotetora e fálica e pai ausente ou excessivamente violento (Carvalho, 1997). Contudo, poucos são os textos que se detêm mais especificamente sobre as figuras maternas e paternas e a relação mãe e filho. Além disso, a teorização, embora afirmada como geral, é quase sempre baseada no paciente drogadito do sexo masculino, já que via de regra, a experiência clínica é, em geral, com homens.

Atualmente, sabemos que homens e mulheres drogaditos apresentam múltiplas diferenças entre si (Brasiliano et al, 2020) e que, por isso mesmo, devem ser estudados e abordados de forma diversa. Entretanto, se a literatura sobre a mulher ainda é pouca, sobre a relação familiar é praticamente escassa.

O objetivo deste artigo é contribuir para a reflexão teórica sobre a dinâmica familiar das mulheres dependentes de álcool e de outras drogas, discutindo e aprofundando a questão do vínculo mãe e filha. Com base no atendimento de um grupo multifamiliar, serão apresentadas algumas vinhetas clínicas, visando ao aprofundamento do tema.

II. DINÂMICA FAMILIAR DA MULHER DEPENDENTE DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS

São poucos os estudos que se dedicam à questão familiar da mulher drogadita. Kalina et al (1999) apontam que a dinâmica familiar do sexo feminino é diferente da do sexo masculino. No caso delas, haveria dificuldades com a figura materna, as quais produziriam falhas na estruturação psíquica.

Uma primeira possibilidade levantada por esses autores é que, na mulher drogadita, haveria uma relação marcadamente incestuosa do pai com a filha, onde a mãe estaria colocada em segundo plano, descartada. Seria estabelecido um pacto perverso entre eles para a manutenção e perpetuação da figura idealizada paterna (Kalina et al., 1999). Segundo eles:

O pai, de certa forma, é um transgressor, e a filha fica sendo a droga do pai, assim como, no homem, a tentativa de resolução da melancolia da mãe é o filho. A figura materna não consegue se significar, ficando denegrada e esvaziada, sem nenhum atributo que pudesse atrair identificações. (p. 72).

Aderindo ao pai, a mulher procura obter, magicamente, a posição fálica, evitando a angústia de castração. Compete com a mãe denegrada internamente, sendo a adição uma maneira de dirigir a agressividade às representações parentais internalizadas (Kalina et al., 1999).

Uma outra possibilidade ocorreria quando a mãe é quem tem o poder na relação familiar, ou seja, ela é quem estaria ocupando a posição fálica. Nesse caso, a mãe não conseguiria exercer a maternagem e a continência da filha, mantendo-se distante e fria e voltada para outros interesses, o que dificultaria a identificação com a figura feminina.

Sem se referir especificamente ao sexo feminino, Palatnik (1993, 1994, 1997) dedicou uma série de trabalhos à mãe do drogadito. Ela, no seu desenvolvimento, teria sido maternada por uma mãe afetivamente distante, com pouco contato com seu bebê, o que teria gerado uma profunda vivência de abandono. Palatnik afirma (1993):

O holding que precisavam (as mães) para crescer firmes e estáveis não foi propiciado, na medida em que suas mães tiveram uma preocupação materna primária limitada não podendo estabelecer a sintonia necessária para permitir que a dependência absoluta com a filha se com plenitude. (p. 215)

Na relação com seu filho, a mãe, em uma tentativa de fazer diferente, repetiria esse modelo, estabelecendo uma preocupação materna primária excessiva em qualidade e em tempo. Mãe e filho não conseguiriam sair do primeiro campo, sendo que, até hoje, a mãe se colocaria como sendo a única na vida do filho, que a coloca como única em sua vida psíquica (Palatnik, 1993). Segundo Humberg (2003), essa seria a característica principal do que ela nomeia como dependência do vínculo. Essa terminologia não se aplicaria somente à relação mãe e filho, podendo ser estabelecida com qualquer membro da família.

A mãe estabelece com o drogadito uma relação de dependência fortemente enrijecida. O vínculo simbiótico, mantido entre eles, impede que a subjetivação do filho se dê, ao mesmo tempo que a mãe tem no filho sua única alternativa existencial (Palatnik, 1994). Humberg (2003), em uma revisão da terminologia codependência (muito utilizado no campo das drogadições), propõe chamar essa relação de dependência do vínculo. Essa dependência teria origem nas relações iniciais do bebê com a mãe ou com o pai que, não sendo suficientemente boas, dificultam a estruturação do ego. Fragilizado, o indivíduo (no nosso caso, a mãe) não se sente capaz de viver como um ser autônomo, já que não consegue diferenciar-se, ter controle sobre si mesmo, nem se apropriar de sua vida e de suas escolhas. Para sobreviver, escolhe um ser igualmente frágil (no caso, o dependente de álcool e de drogas) e estabelece com ele uma relação simbiótica (Brasiliano, 2019).

III. PSICOTERAPIA FAMILIAR

O estudo da psicoterapia familiar na drogadição tem pouco mais de 40 anos e um dos trabalhos pioneiros foi o de Stanton e Todd (1982) com esposas de alcoolistas. Esses autores apontavam que o tratamento do paciente dependente tinha melhor resultado quando se incluía, na abordagem, a psicoterapia familiar. Essa modalidade psicoterapêutica aumentaria o engajamento e a adesão do paciente ao tratamento, reduziria o seu consumo de álcool e de drogas e melhoraria o funcionamento familiar e social.

Seadi e Oliveira (2009) realizaram um estudo transversal, com uma amostra de 672 prontuários de pacientes internados em uma clínica psiquiátrica para desintoxicação, no período de seis anos. Nesse estudo, obtiveram, como um dos resultados, que a participação de dois ou mais familiares no tratamento repercute em uma maior adesão do paciente ao tratamento, assim como, de sua família. As autoras analisam que "... quanto mais cedo for a inclusão dos familiares, melhores serão as chances de adesão familiar e de sua coparticipação, funcionando como um fator protetor à tendência das famílias em transformar instituições e terapeutas nos responsáveis pela 'cura' (Seadi e Oliveira, 2009, p.372).

As mesmas autoras apontam, ainda, que, em uma família, quando há um membro dependente químico, tal fato acaba interferindo e repercutindo na vida de 4 a 5 parentes próximos, “incluindo cônjuges, companheiros, filhos e pais serão direta ou indiretamente afetados” (Seadi e Oliveira, 2009, p. 364). A extensão dos efeitos da dependência química na vida familiar justificaria, por si só, inserir essa modalidade de psicoterapia nos tratamentos realizados com pessoas dependentes químicas. A dependência ecoa no vínculo familiar, o sujeito depende da substância, e sua família vai funcionando a partir da dependência de seu membro.

No atendimento às famílias, em que um de seus membros é adicto, percebemos que a mãe, ou quem exerce a função materna, ocupa um lugar de relevância na dinâmica familiar. Assim sendo, o entendimento das vicissitudes desse vínculo dual torna-se essencial no trabalho com essas famílias, uma vez que a perpetuação dessa dinâmica interfere diretamente no êxito do tratamento com esses pacientes. Antes de abordarmos e analisarmos as especificidades desse vínculo, caracterizaremos alguns aspectos do atendimento multifamiliar que realizamos em um ambulatório criado especificamente para o atendimento de mulheres dependentes químicas. O referido atendimento nos levou a levantar algumas formulações acerca do funcionamento entre mãe e filha que corroboram para o surgimento e a manutenção dos quadros de dependência química.

IV. O ATENDIMENTO MULTIFAMILIAR

O trabalho foi desenvolvido a partir da experiência clínica com um grupo multidisciplinar, realizado no Programa da Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP). O PROMUD é um programa de ensino, pesquisa e tratamento para mulheres, maiores de 18 anos, dependentes de álcool e de outras drogas, com estratégias integradas, que são específicas e responsivas às necessidades do gênero feminino (UNODC, 2004). O tratamento é ambulatorial, gratuito, realizado por uma equipe multidisciplinar e conta com as seguintes abordagens: atendimento clínico-psiquiátrico, psicoterapia grupal (individual para casos específicos), psicoterapia familiar e atendimento nutricional.

A psicoterapia familiar é desenvolvida em um grupo de psicoterapia multifamiliar. Essa abordagem é relativamente recente no PROMUD, tem cerca de dois anos e teve início a partir da observação da presença maciça de mães, que acompanhavam suas filhas ao tratamento. Algumas mães pediam, constantemente, para serem escutadas pelos profissionais que atendiam suas filhas, demonstrando o quanto o que se passava com elas as afetava e as preocupava. A presença das mães interferia não só no bom andamento dos atendimentos, como as próprias pacientes relatavam o quanto suas mães eram invasivas e não entendiam o que se passava com elas. Algumas mães religiosas diziam, em entrevistas individuais, que era muito errado o que a filha fazia e se ela frequentasse a igreja e se propusesse a parar de usar, o problema da dependência estaria resolvido.

Importante salientar que algumas mães e filhas já eram atendidas, na modalidade de uma Psicanálise Vincular⁴. Então, começamos a questionar a potência e o alcance desse espaço

⁴ Para aprofundar o tema sobre Psicanálise Vincular, sugerimos a leitura do livro: BERENSTEIN, I. e PUGET, J. «*Lo vincular. Clínica y técnica psicocanalítica*», Buenos Aires: Ed.Paidós, 1997.

de atendimento vincular e, frente à nossa prática com grupos terapêuticos, optamos por criar um grupo multifamiliar, acreditando que a terapia grupal pudesse alcançar nossos objetivos com essas famílias.

Nesse contexto, foi criado o grupo terapêutico multifamiliar. O objetivo era promover um espaço de reflexão para ampliar o entendimento do que estava ocorrendo com as pacientes e seu meio familiar. Nesse espaço terapêutico, as questões que envolvem o vínculo entre as pacientes e seus familiares seriam trabalhadas.

O grupo é semanal e tem uma hora de duração. No início do tratamento, as pacientes são informadas sobre o grupo multifamiliar e consultadas se autorizam ou não a participação de um familiar e, no caso de assentirem, qual membro elas indicam. Podem participar do grupo qualquer membro familiar, ou seja, o grupo não é exclusivo para mães, embora elas constituam a maioria dos membros. Parceiros, padrastos, irmãos marcam sua presença no grupo de uma forma esporádica e tímida, já que, em sua maioria, as mães das pacientes dominam o espaço. Cada sessão de terapia multifamiliar pode ter a presença de apenas um membro de cada família. Tal critério foi estabelecido para se evitar que uma família tenha em uma sessão vários de seus membros e as demais não, tornando-se, assim, mais difícil a circulação da palavra entre os participantes. Entendemos também que um maior número de participantes de uma família pode propiciar que essa família domine a cena da terapia multifamiliar. Combinamos com as famílias que poderia haver uma rotatividade entre os seus membros, por exemplo, uma semana vai a mãe e, na outra, uma irmã da paciente.

V. O VÍNCULO MÃE E FILHA

Quando escolhi o nome da minha filha, imaginei que ela seria veterinária! Escolhi um nome lindo, Juliana. Imaginei a placa colocada na porta do consultório com o nome dela completo: dra. Juliana Gomes da Silva⁵... e ela usando roupa branca para trabalhar! Eu tinha para mim que ela seria veterinária.

Esse é o relato de uma das mães durante a sessão de terapia multifamiliar.

Freud, em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, datado de 1914, aponta que a criança: “... deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe.” Em seguida, no mesmo texto, o autor completa “O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na transformação em amor objetual revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora.” (Freud, 1914, p.37)

Castoriadis-Aulagnier (1975) amplia o pensamento freudiano ao introduzir a noção de contrato narcísico. Esse tipo de contrato carrega em si o sentido de que cada sujeito vem ao mundo, já inserido numa sucessão de gerações, em uma cadeia geracional. A missão que cada um tem é assegurar a continuidade da geração e do conjunto social. Cada sujeito recebe um lugar determinado no conjunto ao qual pertence. Com a finalidade de assegurar

⁵ Todos os nomes citados nesse artigo são fictícios para que as pacientes e suas famílias não possam ser identificados.

essa continuidade, o grupo, por sua vez, fará um investimento narcísico nesse novo sujeito. "Esse contrato designa a cada um certo lugar que lhe é oferecido pelo grupo e que lhe é significado pelo conjunto das vozes que, antes de cada sujeito, manteve um certo discurso conforme ao mito fundador do grupo" (Kaës, 1997, p. 263).

Juliana nasce com a missão de realizar mais que um sonho narcísico de sua mãe. Havia, por parte de sua mãe, um *script* para sua vida, que já estava presente na escolha do nome. A intensidade do desejo e do investimento materno para alcançar aquilo que desejava tornaram Juliana assujeitada ao desejo materno; objeto de sua mãe. Aprisionada no desejo materno, havia pouco espaço para a constituição de sua alteridade.

O exercício da maternidade está relacionado com a história familiar geracional que a mãe viveu, como se desenvolveu o vínculo mãe-filha.

Com nove anos, minha mãe faleceu e me mandaram morar na casa de uma senhora para eu trabalhar como empregada, comecei desde cedo a fazer faxina. Cada um dos meus irmãos foi para uma casa diferente. Minha avó não tinha como nos criar.

No relato de sua história familiar contou que o quilombo em que morava ainda existe e sua filha Ana, quis conhecê-lo no ano passado.

Ela foi no ano passado, já estava aqui no ambulatório. Foi lá ver como era ... Minha bisavó foi escrava em uma fazenda. Lá no Nordeste. Estudei muito pouco, nem terminei o primário. O pai da Ana não foi bom para mim, tinha muitas mulheres. Criei a Ana sozinha, só eu e ela. Sempre trabalhei e sustentei nós duas!

No relato das mães, independentemente das situações socioeconômicas vividas pelas famílias, apareciam muitas histórias de perdas, lutos mal-elaborados, histórias de violências domésticas, além de estupro sofrido por elas. Mulheres sofridas que projetaram, na própria maternidade, o desejo de viver uma relação idealizada com suas filhas, algo muito diferente do que fora vivido por elas em suas famílias de origem. Várias dessas mulheres foram maternadas por mães distantes, que tiveram uma preocupação materna limitada. A ausência de um *holding* (Winnicott, 2010) adequado, de um ambiente compatível que atendesse suas necessidades interferiu no desenvolvimento do próprio eu.

Identificamos o desenvolvimento emocional precário dessas mães em suas formas de agir com as filhas, algumas se tornam alheias ao que se passa com elas, são mães depressivas, muito preocupadas com a própria vida. Encontramos, na mãe de Ana, um bom exemplo dessa dinâmica mãe-filha que acabou se estabelecendo: ao ser perguntada, por que sua filha frequentava o ambulatório, disse que não sabia o motivo, que não tinha a menor ideia. Importante salientar que Ana frequentava o ambulatório há dois anos e pediu que convocássemos sua mãe para participar do grupo. Frente à dificuldade de pensar sobre porque sua filha estaria frequentando o PROMUD, foi confrontada sobre o tipo de atendimento que o ambulatório realiza e a mãe de Ana continuou afirmando que não sabia por que sua filha ia toda semana ao HC. "Ela não tem nada, passa o dia no quarto. Não tem problema! Não sei mesmo por que ela está vindo aqui".

Encontramos ainda, no grupo multifamiliar, mães com um desenvolvimento emocional também precário, mas que acabaram tendo uma posição frente às suas filhas bem diferente da mãe de Ana, agarraram-se nelas, tornando-se mães hiperpresentes e invasivas. Nesses casos, tanto a mãe quanto a filha permanecem fixadas em um lugar primitivo, em que o interesse primordial da mãe é pela filha e a filha só tem em seu campo a mãe.

Nesses casos, a função materna pode ser caracterizada por uma “preocupação materna primária” exagerada. A preocupação materna primária é caracterizada, segundo Winnicott (2000/1956), por uma vontade, bem como uma habilidade por parte da mãe, de drenar interesse de si mesma e direcionar para o bebê. É um exagero tanto qualitativo quanto temporal.

Essa dinâmica dual, algumas vezes, está tão enraizada que um trabalho terapêutico que foque na separação e diferenciação da dupla pode ser vivido como algo assustador devido à intensidade da fusão. A dupla “siamesa” tem que ser acolhida, antes de ser interpretada, pois a separação pode levar ao abandono do tratamento ou intensificar as resistências que dificultam a adesão à terapia. A entrada de um terceiro, no caso, o terapeuta, tem que ser cuidadosa, levando em conta o estado emocional em que a dupla mãe e filha se encontra. Sabemos que cada sujeito tem um tempo psíquico para elaborar uma intervenção terapêutica. Não respeitar o tempo da dupla pode ser uma vivência traumática para ambas, intensificando ainda mais o quadro emocional por elas vivido.

Não entendo... como uma mãe não percebe que a filha usa maconha! A Joana usa maconha desde os 14 anos e, nos últimos anos, passou a usar de tudo! Eu não entendia nada de maconha. Tenho estudado bastante sobre drogas, leio muito, mas não me perdo, ela usava e eu não percebia. A irmã começou a usar antes dela. Não perdo a irmã por não ter me contado. Agora ela está assim... já foi internada, surtou por causa da droga... eu tento que ela pare, mas não consigo.

Paula bebe e fica louca! Tranquei a porta da frente da casa para ela não sair. Ela pulou o muro do quintal. Só voltou depois de 2 dias. Nem parece minha filha. Não reconheço ela (sic), quando bebe!!

Como suas filhas poderiam fazer algo diferente do que elas desejavam? Fora do controle materno? A droga entrava como um pedido de independência, um grito de socorro, um pedido de terem o direito a terem uma identidade própria. Acima de tudo, a droga ocupava o lugar de uma tentativa desesperada de um preenchimento para o vazio que sentiam. Buscando liberdade longe de suas mães, querendo deixar de ser objetos de suas mães, tornaram-se assujeitadas pelo próprio vício e reféns da situação. Gurfinkel (2011) explica que na adição há:

... importante *inversão da relação sujeito-objeto*, nos seguintes termos: aquele que era sujeito que, no exercício de sua liberdade, escolhia usar o objeto segundo sua vontade e a serviço de seu desejo, se torna ele mesmo objeto de seu objeto, que ganha por sua vez, o estatuto de dono e senhor da situação (Gurfinkel, 2011,

p. 51).

Um vínculo paradoxal começa a se desenvolver entre mãe e filha, um vínculo de dependência absoluta versus independência. Quanto mais saiam para beber ou usar drogas, mais conseguiam que suas mães ficassem grudadas nelas, presas em seus vícios, deixando de viver a própria vida.

A estratégia de utilizar cárcere privado, em algum momento, aparecia nos relatos das mães. Olga era submetida a acompanhar a mãe em todos os afazeres domésticos. Sua mãe trancava portas, janelas e escondia a chave da casa. Quando ia cozinhar, colocava a filha ao seu lado, em pé, sem fazer nada, só para ter certeza de que ela estava sob seu controle e não fugiria. Dormia no quarto da filha, deixando o marido sozinho no quarto do casal. Quando foi questionada sobre como a filha devia se sentir com tudo aquilo, a mãe abriu um sorriso e argumentou que ela gostava muito de tê-la no quarto, uma fazia companhia para a outra para assistirem as novelas juntas!

Quanto mais as mães usavam estratégias coercitivas, mais suas filhas conseguiam burlá-las, evidenciando que não iriam se submeter ao mandato materno. Revistas íntimas, buscas desenfreadas por esconderijos na própria casa para acharem drogas, faziam parte do cotidiano muito sofrido que a dupla vivia. As mães relatavam o quanto estavam enlouquecendo, tentando proteger e cuidar de suas filhas. “Semana passada, tirei todas as tomadas da casa. Eu tinha certeza de que ali tinha maconha escondida!” O fato de algumas vezes não acharem a droga escondida, parecia que a loucura as dominava mais e aperfeiçoavam a investigação, como se fossem detetives, buscando evidências de um crime cometido. Reclamavam quase toda a sessão que as filhas não pensavam nelas, no sofrimento que causavam para elas. “Ela não pensa em mim! Não tem empatia!”. Em resposta a essa fala, uma outra mãe complementa, “A Roberta não bebe muito, mas quando bebe, perde o controle, já chegou a falar coisas horríveis para mim e meu marido. Não entendo como ela pode ficar desse jeito! Ela não pensa em mim! Como pode!!!” Para essas mães, serem empáticas ao sofrimento das filhas parecia algo inatingível, queriam ser olhadas pelas filhas e cuidadas por elas.

Em alguns momentos, traziam a raiva que sentiam. Sentiam-se pouco reconhecidas no esforço que faziam para ajudá-las e, movidas por sentimento de impotência e dominadas pela raiva, iam muitas vezes para o outro extremo, queriam se livrar de suas filhas e que tudo aquilo que viviam com elas acabasse logo. A violência materna, o desejo inconsciente que as filhas morressem, apareciam quando estavam no auge do desespero. A “dívida simbólica” que as filhas tinham com suas mães jamais seria sanada, pois o projeto maternidade não havia sido alcançado como havia sido projetado e as filhas lhes deviam isso. Envergonhadas, carregando o fardo de terem filhas que não eram o que desejavam, traziam o próprio sofrimento em primeiro lugar, desconsiderando o que poderia se passar com suas filhas e a dor psíquica que elas vivenciavam.

Eu tive que dar R\$ 300,00 para a Angélica pagar o traficante. Eu estava guardando dinheiro para trocar meus óculos! Agora eu avisei, não dou mais um tostão! Se eles vierem em casa para matar, porque ela não pagou, eu digo que eu não tenho nada com isso, ela que comprou fiado! Podem matá-la, eu não!!

Em outra sessão, era a vez da mãe de Paula explicitar sua raiva, estava decidida; não aguentava mais a filha saindo e bebendo! “Já disse que dessa vez ela vai para a rua! Vou expulsá-la de casa!” Concordando com a atitude da mãe, outra participante do grupo comenta,

Minha filha já passou a noite na escada do prédio, pediu a noite toda para eu abrir a porta, batia na porta, chorando para poder entrar, mas eu tinha avisado, se saísse para usar, não iria mais entrar!

Contratransferencialmente, o sentimento era de muita preocupação, o que poderia acontecer com Paula se fosse expulsa de casa? Para onde iria sem dinheiro e sem trabalho? Nesse momento, o grupo também mobilizado com o desespero da mãe, acolheu sua dor e a sua raiva e, uma outra mãe, identificada com a dor narcísica da colega, contou que já tinha expulsado sua filha de casa e ela ficou morando na rua por dois meses! “*Foi pior, parece que ela até voltou pior quando deixamos ela voltar!*” Nesse momento, parecia que se abria um espaço para que o grupo pudesse pensar no que estava acontecendo entre elas e suas filhas.

No imaginário materno, apesar de suas filhas serem adultas, elas, enquanto mães, eram responsáveis pelos atos de suas filhas, como se fossem ainda crianças pequenas na primeira infância. Cobradas pelos parentes e pela própria família, aumentando ainda mais o sentimento de fracasso vivido, exigiam que suas filhas mudassem de comportamento, deixando a dependência de álcool e de outras drogas. Assim sendo, exerciam poder e controle, tentando o tempo todo pensar por elas e resolver a vida delas, com o intuito que seguissem o caminho certo. “Ela sabe o que é o certo, eu sempre digo o certo para ela! Ela sabe o que tem que fazer!!”. Tais atitudes, levavam as filhas a externarem suas raivas, com atitudes também violentas contra a mãe.

Ela queria sair, parecia possuída, eu não quis deixar, ela veio para cima de mim e do meu marido, parecia bicho. Meu marido resolveu chamar a polícia para ver se nós duas parávamos de brigar. Ela me bateu e até se machucou na briga! O pior de tudo foi ouvir do policial que eu era culpada porque a mimava!

Tanto as mães como as filhas sentiam muita raiva e, ao não conseguirem metabolizá-la, atuavam a própria raiva por meio de atos violentos, já que não havia contenção possível para tal sentimento.

Fernandes (2012) assinala que, nos primórdios da vida do bebê, sua mãe decodifica suas sensações corporais, colaborando para que o bebê constitua a imagem de seu corpo e, por conseguinte, a sua identidade. É necessário para que esse processo ocorra de modo satisfatório, que a mãe exerça

... as funções de proteção, mediação e libidinização do seu bebê, garantindo as condições de possibilidade para que o corpo venha a se constituir como um corpo próprio. Se a mãe falha nessas funções, se não tem condição psíquica necessária para perceber as necessidades do bebê, para discriminar suas sensações corporais, ela interpretará os apelos dele segundo suas próprias necessidades, não estabelecendo diferenciação entre ela mesma e seu bebê.

(Fernandes, 2012, p.89)

A mãe do dependente de álcool ou de outras drogas ocupa na vida do filho um lugar indiferenciado, traduzido em presença física e/ou emocional. A simples presença da mãe, enquanto um outro, não é condição suficiente para que ocorra uma vinculação entre dois sujeitos psíquicos diferenciados. “Isto representa o vínculo de dependência fortemente enrijecido que o usuário e a mãe mantêm e que foi instaurado muito tempo antes da droga aparecer em cena....” (Palatnik, 1993, p. 212). Essas mães:

... não puderam cumprir sua função materna de modo satisfatório, na medida em que não houve saída do primeiro campo: até hoje a mãe se coloca como sendo o primeiro campo do filho, vivendo como se fosse seu indispensável alimento energético. Seu “colo”, holding, sua função materna se manteve durante todos estes anos presa a padrões de funcionamento que deixaram de ser necessários e se tornaram patológicos. (Palatnik, 1993, p. 214)

A presença integral e invasiva da mãe na vida da filha, acaba assumindo um caráter traumático. “O corpo erógeno, pulsional, não é propriedade privada da filha, é algo compartilhado com a mãe, como se a mesma casa tivesse dois donos” (Holeberg apud Fernandes, 2012, p.97-98). A falta de espaço para constituírem a própria identidade e subjetividade acaba gerando um precário processo de simbolização, algo muito presente nos pacientes adictos.

No vínculo fusional que a dupla acaba estabelecendo, é possível encontrar, na mãe, atitudes em relação ao filho que têm duas facetas complementares: por um lado, para não provocar nele a vivência de abandono que elas tiveram em suas famílias de origem, agem pelo oposto do que suas mães fizeram, numa aparente mudança de atitude (Palatnik, 1993). Procuram estar sempre presentes, evitando que seus filhos possam sentir alguma falta ou frustração. Por outro lado, elas procuram, no filho, a mãe que não tiveram, “alguém que faça a função materna que não experienciaram, quando foi imprescindível” (Palatnik, 1993, p.216). Nesse sentido, a dupla vive uma troca constante de posições: ora a mãe exerce o papel de mãe onipresente e superprotetora, ora inverte os papéis e convoca o filho a exercer o papel de sua própria mãe, solicitando que ele preencha suas carências. Então, em uma posição ou em outra, há um vínculo fusional de dependência. “A dependência às drogas é, nesse sentido, precedida por uma vinculação dependente em que uma mãe depende de seu filho para suprir as falhas arcaicas de sua vida” (Palatnik, 1993, p.216).

VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS:

“Gostei desse grupo. Vejo que todos aqui são de famílias do bem, pessoas que têm família. Minha mulher insistiu para que eu viesse, já que ela não podia vir. Quando eu puder eu venho. A Vitória não é minha filha, mas conheci quando ela era pequena, é como se fosse.”

Joelson trouxe para o grupo pensar sobre o próprio preconceito que tinham em relação às famílias que têm um de seus membros usuário de drogas. Para ele, famílias de bem não podiam ter alguém nessa condição. O fato de ter um membro da família usando drogas acaba sendo algo de muita dor. A vergonha e o sentimento de humilhação passam a fazer

parte da vida cotidiana dessas famílias. Ora culpabilizam e criminalizam seu familiar, ora se culpabilizam pela educação que deram ou se perdoam por não terem percebido antes com seus filhos.

No trabalho com nossas pacientes e seus familiares, deparamo-nos com a complexidade e a singularidade presente em cada caso novo que nos é encaminhado. Mulheres sofridas, machucadas, buscando um acolhimento para a dor vivida. Contam histórias familiares em que o sintoma da família já estava presente em gerações anteriores. As dependentes de álcool e de outras drogas carregam, em seu sintoma, os não ditos e os segredos familiares que tiveram suas origens em seus ancestrais. Enquanto bode expiatório (Pichon-Rivière, 2000) do sintoma da família, ao procurarem atendimento terapêutico, oferecem à própria família uma oportunidade de se rever e de se tratar, no sentido de entrar em contato com os conteúdos transgeracionais que não puderam ser elaborados outrora. Entendemos que por se tratar de um sintoma familiar, as famílias devem ser cuidadas também em espaços terapêuticos destinados especificamente a elas. O usuário de droga e seus familiares são muitas vezes culpabilizados pelo que vivem. A família acaba sendo vítima do próprio sofrimento que carrega e aos estigmas que a sociedade deposita sobre ela.

As mães, nomeadas por Fernandes (2012) como “mães de extremos”, oscilam muito no modo como que lidam com suas filhas, ora grudam nelas e procuram fazer tudo por elas, ora querem se livrar delas, desejando até sua morte, como mencionamos acima. Essa característica de viverem a maternidade, de modo extremado, as aproxima do funcionamento das mães cujas filhas também vivenciam quadros psíquicos graves, como, por exemplo, as mães das anoréxicas e das bulímicas. Por serem também não compreendidas pelos profissionais que atendem suas filhas, sentem-se abandonadas e desamparadas, sem recursos para lidar com o sofrimento que as acomete, bem como, o de sua família. O êxito do trabalho com as usuárias de álcool e de outras drogas passa pelo entendimento do vínculo que elas têm com seus familiares, principalmente, a mãe ou quem exerce a função materna em sua família de origem. Além do entendimento da dinâmica familiar, é preciso focar o trabalho terapêutico também na família, pois só atender a paciente adicta será de pouca valia, já que o sintoma diz respeito à intersubjetividade familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASILIANO, S. « Abordagem familiar ». In: MALBERGIER, A. *Abordagem clínica da dependência de álcool, drogas e nicotina: manual para profissionais de saúde mental*. São Paulo: Manole, 2018.
- BRASILIANO, S., KACHANI, A. T.; CAREZATO, F.; HOCHGRAF, P. « Substance use disorders in women ». In: RENNÓ JUNIOR, J. et al. *Women mental health. A clinical and evidence-based guide*. Springer; Swizerland, 2020.
- CARVALHO, V. L. Família: ressonância da droga. In: INEM, C.; BAPTISTA, M. (orgs.) *«Toxicomanias: uma abordagem clínica.»* Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P. « *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé* ». Paris: PUF, 1975.
- FERNANDES, M. H. Mãe e filha...Uma relação tão delicada. In: « *Limites de Eros* ». São Paulo: Primavera, 2012.

- FREUD, S. « Sobre o narcisismo: uma introdução ». In: S. FREUD, *Vol. 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e Outros Textos*. (p. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- HUMBERG, L. V. « *Dependência do vínculo, uma releitura do conceito de codependência* » [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.
- KAËS, R. « O grupo e o sujeito do grupo ». São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- KALINA, E.; KOVADLOFF, S.; ROIG, P. M.; SERRAN, J. C.; CESARMAN, F. « *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade* ». Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- NEUBERN, M. S. « Contribuições da epistemologia complexa para abordagens da drogadicção ». In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (orgs.) *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*, vol. 1. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2003.
- PALATNIK, E. S. « Por que atender mães de dependentes de drogas? » In: INEM, C. L.; ACSERD, G. (orgs.) *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- PALATNIK, E. S. « Quem é a mãe (do) dependente (de drogas)? » In: BITTENCOURT, L. (org.) *A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- PALATNIK, E. S. « Vivência das mães dos dependentes sobre a gestação: origens da formação do vínculo ». In: INEM, C.; BAPTISTA, M. (orgs.) *Toxicomanias: uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- PICHON-RIVIÈRE, E. « *O Processo Grupal* » São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. « A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos ». *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol.21, n.2, p.363-378, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200008&lng=pt&nrm=iso. acessado em 13 fev, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000200008>.
- STANTON, M. D.; TODD, T. C. « *The family therapy of drug abuse and addiction* ». New York: Guilford Press; 1982.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). « *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned* ». New York: United Nations, 2004.
- WINNICOT, D.W. « A preocupação materna primária ». In WINNICOT, D.W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000-1956.
- WINNICOTT, D.W. « *Holding e interpretação* ». São Paulo: Martins Fontes, 2010.