I – INTRODUÇÃO

Advindo do campo da psiquiatria, o estudo contemporâneo da dependência de substâncias psicoativas tem como ponto de partida diagnósticos feitos com base em manuais como a CID-10 (OMS, 1993) e/ou o DSM-IV (APA, 1994), que consistem em categorizações das patologias em termos ateóricos e descritivos.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) descreve os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool sob a sigla F-10, com as seguintes subclassificações:

F-10.0 = intoxicação aguda
F-10.1 = uso nocivo para a saúde
F-10.2 = síndrome de dependência
F-10.3 = síndrome [estado] de abstinência
F-10.4 = síndrome de abstinência com *delirium*
F-10.5 = transtorno psicótico
F-10.6 = síndrome amnésica
F-10.7 = transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
F-10.8 = outros transtornos mentais ou comportamentais
F-10.9 = transtorno mental ou comportamental não especificado

Há apenas uma breve descrição de cada categoria, exceto das duas últimas (F-10.8 e F-10.9), de que não há descrições. A síndrome de dependência, por exemplo, é definida como um "[...] conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente, apesar de suas conseqüências

nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física". Estabeleceu-se como critério para dependência (CID-10) a presença de pelo menos três dos seguintes itens no último ano:

a) desejo intenso ou compulsão pelo álcool;
b) tolerância;
c) abstinência;
d) aumento do tempo empregado em conseguir, consumir ou recuperar-se dos efeitos;
e) desejo de reduzir ou controlar o consumo com repetidos insucessos;
f) persistência no uso mesmo em situações em que o consumo é contra-indicado ou apesar de prejuízos.

A definição de dependência a partir do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, é semelhante à descrição proposta pela Classificação Internacional de Doenças.

O DSM-IV define a dependência de substância como um agrupamento de três ou mais dos sintomas relacionados adiante, ocorrendo a qualquer momento, no período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
   (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
   (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
   (a) síndrome de abstinência;
   (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
(4) existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos;
(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
(7) o uso da substância contínua, apesar da consciência de haver um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
Especificadores:

- com dependência fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de item 1 ou 2)
- sem dependência fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem item 1, nem item 2 estão presentes)

Especificadores de curso:

- remissão completa inicial
- remissão parcial inicial
- remissão completa mantida
- remissão parcial mantida
- em terapia com agonista (medicamentosa)
- em ambiente controlado

Atribuir uma classificação aos fenômenos que se apresentam é um primeiro passo de abordagem do problema, na medida em que se localiza e se identifica o campo de estudo a partir de elementos que se repetem na conduta do sujeito; no entanto, isso não basta. É preciso desvendar os mecanismos subjacentes àquilo que se manifesta, para que se possam adotar intervenções psicoterápicas que ajudem o sujeito a superar suas dificuldades.

Em termos psicanalíticos, a dependência de álcool diz respeito à clínica do excesso: uma patologia que evidencia de modo gritante a fraqueza da consciência e da razão –

"o Eu não é senhor em sua própria casa", ou seja, há uma força que atua sobre o sujeito e sobre a qual ele nada sabe. O sujeito não consegue parar de fazer o ato que lhe traz conseqüências nefastas. Apesar das orientações de diversos profissionais da área de saúde, ele continua a ingerir substâncias que lhe trazem danos orgânicos e dificultam suas relações familiares e profissionais. O sujeito engendra sua própria destruição, e o fato de as pessoas próximas o alertarem não basta, não resolve.

Quem é esse sujeito? Como ajudá-lo a se apropriar de sua subjetividade? Haverá alguma especificidade psíquica que marque a singularidade dos sujeitos dependentes de álcool?

É evidente que cada sujeito é único e tem sua própria particularidade, mas cabe à Ciência tentar elucidar as linhas gerais de cada patologia e dar diretrizes de tratamento.

Em termos gerais, verifica-se que as pesquisas dirigidas ao estudo da dependência química investigam separadamente os sujeitos dependentes de álcool e os sujeitos dependentes de outras drogas, evidenciando diferentes padrões de comportamento e fatores psíquicos e sociais, bem como a importância do objeto da adição que produz alterações orgânicas e psíquicas diferenciadas (Haller *et al*., 1994; Hochgraf, 1995; Kendler *et al*., 1996; Zilberman, 1998; Melman, 2000; Pettinati, 2000; Slone *et al.*, 2000; Bauer, 2003; Rudge, 2003; Kuntsche *et al.*, 2006; Cesar, 2006).

No campo psicanalítico, autores que se preocuparam em pontuar essa diferença são Weijl (1928) e Meerloo (1952) — citados por Kalina e Kovadloff (1983) e por

Rosenfeld (1968) —, tendo apontado particularidades no funcionamento psíquico de alcoolistas e abusadores de outras substâncias. Consideravam que existiria ao menos uma diferença imprescindível: enquanto a grande maioria de alcoolistas apresenta característica maníaco-depressiva, com necessidades de dependência oral não resolvida, os toxicômanos são geralmente do tipo esquizóide e vivem num mundo mágico-infantil.

Para Melman (2000), psicanalista de inspiração lacaniana, as modalidades de comportamento não são capazes de fornecer a especificidade das afecções mentais. Enfatiza que o alcoolismo se distingue por um tipo de discurso reivindicativo de um gozo que parece ao sujeito como exclusivo de um Outro; um discurso marcado por uma falta de anamnese, de queixas do meio que o cerca e endereçado de modo passional ao Outro. Nas palavras do autor: "[...] o discurso do alcoolista se modula por uma submissão particular ao lugar de seu exclusivo endereçamento: à mulher, enquanto detentora e distribuidora de um gozo cuja totalização seria para ele sempre recusada ou dissimulada" (2000, p. 16). Presume-se, portanto, que o alcoolista se coloca na posição daquele que é excluído de uma determinada vivência que ele supõe ser privilégio do Outro e, além disso, supõe que esse Outro lhe nega a possibilidade de experimentar essa satisfação. Em outras palavras, poder-se-ia pensar que a vivência edípica do alcoolista situa-se no nível do *não querer* materno ao invés do *não poder* e, dessa forma, não é gerado um espaço para que o indivíduo possa sonhar com a possibilidade de um dia vir a ter o objeto ou a situação almejados.

Na articulação teórica de Melman (2000), fica implícito que suas idéias se constituem a partir da análise de homens dependentes de álcool. Quando questionado

por uma mulher sobre o alcoolismo feminino, pontuou o fato de essa indagação vir de uma observação feminina e respondeu rapidamente, pautando-se no aspecto do ativismo nutridor para salientar as diferenças entre os sexos e introduziu a questão da oralidade histérica considerando que "[...] o alcoolismo feminino seria sobretudo 'simpatia' com aquele do homem [...]" (2000, p. 22).

O aparente incômodo desse autor, decorrente do questionamento, e a inespecificidade que ele atribui ao alcoolismo feminino nos estimula e concorre para justificar esta pesquisa.

Segundo Hochgraf (1995), sobre o alcoolismo feminino, existem muitos mitos e poucas pesquisas empíricas. Bergman e colaboradores (1998) salientam também a falta de estudos científicos a respeito.

Por outro lado, no campo psicanalítico, vários autores lacanianos têm se dedicado ao estudo do fenômeno de dependência de drogas e geralmente usam o termo *toxicomania* para se referir a um determinado estado físico e psíquico (Le Poulichet, 1996; Nogueira Filho, 1999; Santiago, 2001; Gianesi, 2002).

Nesses estudos, a análise da função do objeto droga no psiquismo é preponderante, tornando-se secundário o tipo de droga utilizada. Gurfinkel (1992), psicanalista de inspiração winnicottiana, parte da compreensão de que a relação estabelecida com o objeto é mais importante do que o objeto da relação, pois este pode variar, mas o tipo de relação estabelecida segue sendo o enigma da adição. Assim, as diferenças

psicodinâmicas entre usuários de álcool, cocaína e outras substâncias são minimizadas, do mesmo modo que as especificidades relativas ao gênero.

No entanto, focalizar as diferenças e delimitar com precisão o campo de estudo ajuda tanto na construção do campo teórico como na abordagem terapêutica mais eficaz. Nesse sentido, encontramos algumas pesquisas que evidenciam o aumento de consumo de álcool entre as mulheres ou sua maior visibilidade e sugerem que tratamentos dirigidos a subgrupos específicos podem favorecer melhor a evolução do quadro clínico (Bettarello, 1992; Hochgraf, 1995; Bergman *et al*., 1998; Zilberman, 1998; Brasiliano, 2005).

O alcoolismo entre mulheres é um tema emergente, focalizado pelo jornal *Folha de S. Paulo* do dia 3 de setembro de 2007, numa reportagem que anunciava o aumento de 78% no número de mulheres dependentes de álcool que procuraram tratamento nos últimos três anos no Estado de São Paulo, segundo levantamento em unidades públicas de saúde. O estudo da Secretaria Estadual da Saúde mostrou que o número de mulheres dependentes nos Centros de Atenção Psicossocial passou de 7.816 (2004) para 31.674 (2006), e acredita-se que esse aumento se deve ao crescimento real do alcoolismo feminino e à maior oferta de serviços especializados (de 27 unidades em 2004 para 41, em 2006).

Na tentativa de contribuir com esse campo de pesquisa e cientes de que o alcoolismo é um dos maiores problemas da Saúde Pública, desenvolvemos este estudo, que investiga e analisa a constituição psíquica de mulheres alcoolistas. Visamos captar a possível ligação entre os elementos que se repetem na diversidade fenomenológica

do alcoolismo feminino. Em outras palavras, buscamos desvendar o(s) significante(s) que subjaz(em) à dinâmica psíquica dessas mulheres, delimitando as construções fantasmáticas que alicerçam o sintoma, tendo como referência os conceitos fundamentais da teoria psicanalítica em Freud e Lacan.

Acreditamos que dar subsídios para se pensar a clínica e aprimorar o diagnóstico é uma tarefa permanente para a efetividade de nossa práxis.

1 – Alcoolismo: primeiros escritos e epidemiologia

Em termos históricos, o estudo do alcoolismo é situado na metade do século XIX, quando Magnus Huss (1852) denunciou o álcool como fator de degenerescência. Depois disso, surgiu uma literatura pseudocientífica que obscureceu os problemas etiológicos e patogênicos através de concepções moralizantes e passionais – "o alcoolismo é um vício", "apanágio de degenerados" etc. (Ey, Bernard, Brisset, 198-).

Foi em 1952, com a primeira edição do DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que o alcoolismo passou a ser tratado como doença e, em 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) à Classificação Internacional de Doenças (CID-8), que inseriu os problemas relacionados ao uso de álcool numa categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neurose. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e

pela manifestação de sintomas de abstinência (sudorese, tremor e ansiedade) após cessação do uso de álcool (www.cisa.org.br).

Segundo Ey, Bernard e Brisset (198-), antes das intervenções terapêuticas, o alcoolismo evoluía num único sentido para os acidentes confuso-oníricos, *delirium tremens* ou estados crônicos de deterioração. Após as intervenções, observa-se que a evolução se dá por uma série de recaídas, interrompidas por remissões mais ou menos longas. Os tratamentos precoces e em geral sucessivos, o fácil acesso aos tratamentos de desintoxicação, a redução da tolerância do cônjuge, o trabalho preventivo e o acesso a informações são fatores que contribuem para se postergarem e mesmo evitarem os estados de deteriorações psíquicas e físicas provocados pelo alcoolismo crônico.

Em relação à epidemiologia, a OMS estima que 10% a 12% da população mundial seja acometida por alcoolismo. No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 2005, nas 108 maiores cidades do país, constatou que 12,3% da população pesquisada são dependentes de álcool. Entre adolescentes de 12 a 17 anos, a maior porcentagem de dependentes foi de 7,7%, na região centro-oeste. Comparando-se a dependência de álcool por gênero, verificou-se a prevalência de 19,5% no grupo masculino e 6,9% no grupo feminino, sendo a razão homem/mulher 2,8:1. No levantamento de 2001, 11,2% da amostra pesquisada preenchia os critérios para dependência de álcool, com prevalência de 17,1% entre os homens e de 5,7% entre as mulheres (www.cebrid.epm.br; www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento; Carlini *et al*., 2002).

Nos Estados Unidos, as informações sobre o ano de 2006, veiculadas pelo Nacional Survey on Drug Use and Health (NSDUH), mostraram que 12,3% dos homens e 6,4% das mulheres fizeram uso abusivo ou foram classificados como dependentes de álcool no último ano. Entre jovens de 12 a 17 anos, os padrões de abuso e dependência de álcool são similares entre os gêneros (8,0% e 8,1%). Observou-se ainda que não há diferença significativa no número de pessoas dependentes ou que fizeram uso abusivo de álcool entre 2002 e 2006, permanecendo a estimativa em torno de 7,7% (www.oas.samhsa.gov/nsduh).

A prevalência da dependência de álcool entre os homens também foi constatada em estudos realizados no México (Slone *et al*., 2006) e na África do Sul (Peltzer, 2006), bem como nos países relacionados pela Organização Mundial de Saúde, conforme a seguinte tabela:

Table A: Alcohol dependence among adult population

country	Year	total (%)	male (%)	female (%)	measure
Argentina	1999	4.31	6.67	1.74	ICD-10
Australia	1997	3.5	5.2	1.8	ICD-10
Austria	1996	2.2	N.A.	N.A.	CAGE
Belgium	2001	7.0	9.5	3.6	N.A.
Brazil	2001	11.2	17.1	5.7	N.A
Canada	2002	9.3	14.0	4.5	mixed
Chile	N.A.	6.4	11.0	2.1	DSM-III-R
China	2001	3.8	6.6	0.2	DSM-III-R
Colombia	2000-2001	4.8	9.8	2.2	ICD-10
Costa Rica	2000-2001	7.0	10.8	2.4	mixed
Egypt	2000-2001	0.2	0.4	0.0	ICD-10
Ethiopia	1994	1.0	1.9	0.1	CAGE/CID

country	Year	total (%)	male (%)	female (%)	measure
Finland	2000	4.0	6.5	1.5	DSM-IV
France	2000	N.A.	13.3	4.1	DETA
Georgia	2000-2001	3.2	7.3	0.2	ICD-10
Germany	2000	3.8	6.0	1.5	DSM-IV
India	2000-2001	3.6	6.8	0.7	ICD-10
Indonesia	2000-2001	1.0	1.7	0.3	ICD-10
Iran	N.A.	7.3	11.9	2.7	DSM-IV
Japan	1997-1999	4.1	8.4	0.7	DSM-III-R
Mexico	2000-2001	1.8	4.2	0.2	ICD-10
Netherlands	1996	5.5	9.0	1.9	DSM-III-R
Nigeria	2001-2001	0.7	1.9	0.0	ICD-10
Peru	2002	10.6	17.8	4.3	ICD-10
Poland	1999	12.2	23.3	4.1	CAGE
Republic of Korea	2003	4.3	6.9	1.7	CICI
Singapore	2001-2002	0.6	1.1	0.2	ICD-10
Slovakia	2001-2001	4.8	9.4	1.1	ICD-10
South Africa	1998	N.A.	27.6	9.9	CAGE
Syrian Arab Republic	2001-2002	0.2	0.5	0.0	ICD-10
Turkey	2001-2001	1.3	1.7	0.7	ICD-10
United Kingdom	N.A.	4.7	7.5	2.1	ICD-10
U.S.A.	2002	7.7	10.8	4.8	DSM-IV
Uruguay	2001	5.0	8.5	1.3	DSM-IV

fonte: Global Status Report on Alcohol, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 2004 (www.cisa.org.br).

Verifica-se que os critérios diagnósticos utilizados na tabela A são variados, e o período avaliado pode corresponder ao uso ao longo da vida ou no último ano, o que impõe a necessidade de cautela e do estabelecimento de restrições para se compararem e interpretarem os dados. Ressalvado isso, verifica-se que a razão homem/mulher varia sensivelmente de acordo com o lugar e a população estudada.

Alguns autores sugerem que o aumento significativo da dependência de álcool é um fenômeno contemporâneo (Laranjeira, Surjan, 2001; Brasiliano, 2005), e Melman (2000) entende esse fenômeno contemporâneo como triunfo do gozo de morte, do gozo Outro, fruto das idéias e dos valores veiculados pelo sistema capitalista, constituindo-se num sintoma social, que metaforiza o mal-estar social, denuncia os problemas sociais, evidencia a relação entre "coisas" e representa o mundo do *"no limits"*, do cidadão reduzido a consumidor. Nesse contexto, a droga seria o produto de consumo ideal, pois, no momento da intoxicação, há o encontro com o objeto perfeito de gozo, quando nada falta, tudo fica em suspenso e o sujeito desejante desaparece, a pessoa não pensa e não sente, só o corpo funciona.

É um sintoma consoante com o momento histórico em que vivemos, em que poucos estão dispostos a investir e se conhecerem a si mesmos, preferindo soluções externas na tentativa de resolver conflitos internos. Em 1957, Lacan já anunciava que "[...] não é à toa que, no meio de tudo isso, só vemos surgirem hoje sujeitos quase ausentes, uma espécie de apoio para desenvolver a bola do significante" (1999, p. 104). Essa constatação também não passou despercebida a Kristeva (2002, p.13), ao escrever sobre as novas doenças da alma: "[...] a experiência cotidiana parece demonstrar uma espetacular redução da vida interior. Quem, hoje em dia, ainda tem alma?".

O aumento do alcoolismo feminino – ou sua maior visibilidade – é um fato, e a redução da vida interior, uma dedução teórica de alguns autores. A relação entre esses elementos nos remete a uma outra constatação: os fatos históricos são realizados por homens, em decorrência de processos internos que, por sua vez, são influenciados e marcados por acontecimentos externos, num processo dialético de

intensa e complexa interação. Em outras palavras, os problemas sociais estão relacionados com os profundos problemas internos dos homens, com seus mistérios e com a forma de problematizar as questões que os afligem.

Em "O mal-estar na civilização", Freud (1930) já fazia menção ao uso de substâncias químicas como fuga das experiências dolorosas da vida. "O que pedem eles [os homens] da vida e o que desejam nela realizar?" (1974, p. 94) – Freud se perguntou e respondeu, sem hesitar: se esforçam para obter felicidade. Afirmou que existem dois aspectos embutidos nessa tentativa: evitar o sofrimento e viver intensos sentimentos de prazer, sendo a felicidade mais relacionada a este. Relatou alguns caminhos que visam à obtenção de prazer: a busca da felicidade na quietude e no isolamento; a partir de fontes do trabalho psíquico e intelectual (através da arte e da ciência); através da satisfação de amar e ser amado, na fruição da beleza e na adoção de uma atitude estética para com os fenômenos da vida; e algumas pessoas buscam satisfação de um modo mais rápido e fácil — a intoxicação. Certas substâncias provocam sensações prazerosas, alterando as condições que dirigem a sensibilidade e proporcionando assim uma felicidade artificial, conforme escrito por Freud (1930/1974, p. 97, grifo nosso):

> [...] O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe que, com o auxílio desse "amortecedor de preocupações", é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com *melhores condições de sensibilidade*. Sabe-se igualmente que é

> exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina seu perigo e sua capacidade de causar danos. São responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano.

A idéia freudiana de que há um afastamento da realidade externa mediante a utilização do método químico evidencia um desvio energético: a libido deixa de se dirigir às sublimações e volta-se para o próprio indivíduo, que relega os interesses sociais em favor de um bem-estar temporário que, a longo prazo, trará prejuízos nefastos tanto ao indivíduo quanto à sociedade.

Além de Freud, muitos autores se dedicaram a revisões literárias e constataram que o ser humano consome bebidas alcoólicas desde a Antigüidade, havendo registros desde o período neolítico (8000 a 10000 a.C.). Santo Domingo, por exemplo, refere-se ao uso ocasional de bebidas alcoólicas – citando o absinto (bebida preparada com folhas de *Artemisia absithium*) – pelo Homo erectus desde a Antigüidade (Hochgraf 1995; Garcia, 1995; Brasiliano, 2005).

No artigo “A história do álcool” — disponível no site do Centro de Informações sobre Álcool (Cisa) —, consta que há registros de alguma forma de consumo e de produção de bebidas alcoólicas em diversas civilizações. Os gregos e os romanos relatam a importância social, religiosa e medicamentosa do vinho; os egípcios documentaram as etapas de fabricação, produção e comercialização da cerveja e do vinho e acreditavam que as bebidas fermentadas eliminavam germes e parasitas, devendo ser usadas como medicamentos.

Como vemos, o uso de substâncias não é novo, mas o abuso ou a dependência do álcool, principalmente entre as mulheres, aponta uma patoplastia sintomática que merece ser investigada.

2 – O alcoolismo em mulheres: um panorama geral

Nas últimas décadas, a literatura cientifica tem focalizado o estudo do uso de substâncias químicas entre as mulheres, enfatizando a necessidade do desenvolvimento de pesquisas empíricas na tentativa abordar a questão de modo mais eficaz. Entre os autores que se dedicam ao tema no Brasil, encontramos os trabalhos de Hochgraf (1995, 2001), Zilberman (1998, 2001, 2003, 2005), Brasiliano (2005) e Cesar (2006).

Segundo Hochgraf (1995), existem muitos mitos sobre o alcoolismo feminino, devido à escassez de estudos respaldados em pesquisa científica e a preconceitos como o de que, nas mulheres, haveria maior degradação moral, maior agressividade, tendência à promiscuidade e falhas no cumprimento do papel social, sendo pior o prognóstico e maiores as perdas sociais do que no caso dos homens. A escassez de pesquisa é confirmada por um estudo de Vannicelli e Nash (1984) — citado por Hochgraf (1995) —, que, revendo 259 trabalhos sobre tratamento para o alcoolismo, verificaram que apenas 7,8% dos pacientes avaliados eram mulheres.

Em relação à maior visibilidade do assunto, destacam-se as mudanças culturais e a mudança da posição das mulheres na sociedade desde a II Guerra Mundial como fatores que contribuíram para aproximar os hábitos sociais entre os dois sexos,

aumentando a possibilidade do consumo de álcool entre as mulheres (Blume, 1986; Hochgraf, 1995; Angove, Forthergill, 2003; Zilberman, Blume, 2005).

Apesar das mudanças nos papéis sociais, ainda há preconceitos em relação às mulheres alcoolistas; é freqüente ouvir-se que "um homem bêbado é feio, mas uma mulher é pior ainda". Além dessa constatação social corriqueira, alguns estudos indicam que as alcoolistas procuram ajuda em serviços de ginecologia e clínica médica, com queixas vagas sobre sua saúde, minimizando ou escondendo o problema principal, e sugerem que esse comportamento seria decorrente de desconforto, vergonha e sentimentos de inadequação a seu "papel feminino" (Weisner, Schmidt, 1992; Seppä *et al*., 1994; Schober, Annis, 1996; Brienza, Stein, 2002; Green *et al.,* 2004).

Numa pesquisa sobre as características clínicas da dependência de drogas e álcool em mulheres, Zilberman (1998) observou que as elas tinham nível de instrução superior ao dos homens que consomem drogas, que tinham migrado mais de outros estados e países, que tinham mais antecedentes familiares de problemas por uso de álcool e menos por uso de outras drogas, bem como que relatavam mais tentativas de suicídio e tinham mais transtornos psiquiátricos associados à dependência, sendo o transtorno depressivo o mais freqüente. Também começaram e aumentaram o uso de drogas mais tarde, assim como procuraram tratamento mais tarde do que os homens, além de tenderem a usar proporcionalmente mais drogas lícitas, sobretudo o álcool.

A pesquisa de Zilberman (1998) corrobora a freqüente associação entre alcoolismo feminino e depressão já relatada por Hochgraf (1995), a partir dos estudos de Blume (1990), de Haver (1986) e de Kendler (1993).

Do ponto de vista etiológico, Hochgraf (1995) salienta que um dos fatores envolvidos no desenvolvimento do alcoolismo parece ser genético. Segundo a autora, isso já demonstrado para homens alcoolistas, faltando ainda saber que tipo de característica é de fato herdada e como predispõe à dependência.

Vários estudos enfatizam a possibilidade de a suscetibilidade ao álcool ser transmitida geneticamente, mas até hoje não se sabe por que vias orgânicas se daria a transmissão e tampouco se identificou o gene ou o cromossomo que poderia aumentar a chance de desenvolver o alcoolismo. Entretanto, não há dúvida de que existe uma predisposição orgânica ou biológica para a eclosão do alcoolismo, e as pesquisas recentes procuram identificar os "marcadores biológicos" e compreender como se dá a influência do etanol no sistema neurotransmissor (Dodes, 2003; Guindalini *et al*., 2005; Acquaah *et al*., 2006; Krystal *et al*., 2006; Montane *et al*., 2006; Niemela, 2007; Wang *et al*., 2007).

Em termos biológicos, verifica-se que nem todo organismo suporta os efeitos do álcool. A dificuldade de se metabolizar ou "quebrar" as moléculas do etanol, produzida pela deficiência de duas enzimas (ADH e ALDH), reduz a chance de instalação do alcoolismo, pois o indivíduo se sente mal ao beber (Dodes, 2003).

Pesquisando a influência dos fatores genéticos, Cadoret *et al.* (1980) observaram alta incidência de alcoolismo entre os familiares de primeiro grau, e Merikangas e Gelernter (1990) verificaram que 25% dos pais e 5% das mães de alcoolistas também o eram, embora esclareçam que, em outros estudos comparativos entre parentes de primeiro e de segundo grau, não houve diferenças significativas entre os graus de parentesco.

Os estudos de gêmeos idênticos e fraternos bem como os estudos de adoção também têm contribuído para mostrar o peso dos fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento do alcoolismo. Examinando-se registros de gêmeos idênticos, a correlação de alcoolismo é de 40%, mas trata-se de pessoas que viveram sob a mesma influência ambiental, portanto, essa correlação resulta também da combinação de fatores psicológicos, sociais e do ambiente físico (Dodes, 2003).

De um levantamento das pesquisas realizadas nos últimos cinqüenta anos, Tabakoff e Hoffman (1988) destacam o estudo de Karij (1960), que observou 174 pares de gêmeos e demonstrou que a correlação entre monozigotos é de 71%, contra apenas 32% entre gêmeos fraternais. Quanto à adoção, observa-se que filhos biológicos de pais alcoolistas apresentam quatro vezes mais chance de desenvolver o alcoolismo do que crianças adotadas cujos pais não eram alcoolistas.

Em 1992, Kendler e colaboradores enfatizaram a importância dos fatores genéticos na etiologia do alcoolismo feminino, sugerindo um modelo multifatorial em que a herança genética associada à suscetibilidade ao alcoolismo estaria entre 50 e 60%.

No estudo de 1996, esses pesquisadores observaram que a perda parental na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de alcoolismo nas mulheres na fase adulta, e concluíram que a perda precoce dos pais atua como fator ambiental independente e direto no desenvolvimento do alcoolismo feminino, ainda que o fator genético também possa influir (Kendler *et al*., 1996).

As pesquisas voltadas para a genética destacam que a dependência se instala num terreno biológico propício. Haveria um terreno psíquico propício? Ou o uso contínuo de álcool vai estabelecendo a dependência psíquica pela ação química? Ou a dependência psíquica é anterior ao uso de álcool?

Os estudos não têm uma resposta unânime para essas perguntas, mas as elaborações psicanalíticas indicam que a dependência — como causa ou conseqüência do uso abusivo de álcool — se refere a uma personalidade imatura, a um psiquismo regido preponderantemente pelo princípio do prazer, com dificuldade de suportar frustrações e desenvolver a capacidade de esperar (Rosenfeld, 1968; Kalina, Kovadloff, 1983; Gurfinkel, 1992).

Numa perspectiva lacaniana, Heinrich (1996) articulou a idéia de que o álcool, assim como as demais drogas, é o remédio que acalma a dor produzida pela falta de desejo. "Falta a falta", enunciou Oliveinstein (1990). Santiago (2001, p.14), por sua vez, considera que a toxicomania "[...] intervém exatamente no ponto em que o sintoma neurótico se revela insuficiente para as dificuldades do sujeito diante do mal-estar do desejo". Ou seja, para esse autor, configura-se o desejo, e o uso de droga seria uma

forma de lidar com o mal-estar gerado por esse desejo. Nesse ponto, a posição de Santiago parece diferir das considerações de Heinrich e de Oliveinstein, que enfatizam o sofrimento do toxicômano pela ausência do desejo.

Apesar das diferentes considerações no que tange à articulação entre o uso de droga e o desejo, os três autores concordam que a toxicomania não é um sintoma freudiano, por não se tratar de uma formação inconsciente substitutiva, ou seja, o ato de intoxicar-se não simboliza o retorno do recalcado.

Consoante com essa idéia, Nogueira Filho (1999) pondera que o toxicômano reduplica a alienação que a linguagem impõe ao humano, caracterizando-se como uma prática que não produz saber[1], de modo que o sujeito não atribui sentido simbólico a seu ato.

A partir destas articulações teóricas, pensamos que o uso de álcool pode representar uma tentativa de preencher o vazio e, conseqüentemente, ser uma forma de aliviar o mal-estar ao mesmo tempo em que dificulta a movimentação do sujeito – uma suposta solução, que lhe tira a liberdade e o coloca na posição de escravo. No entanto, há o gozo experimentado nessa posição – o gozo na alienação.

Acreditamos que a relação de alienação (senhor-escravo) pode ser entendida como protótipo da relação de dependência em que o álcool se torna senhor do sujeito. Em

[1] Nogueira se reporta às formulações de H. Freda (1997), "A toxicomania: uma das formas de modernidade". In: C. Inem e M. Baptista (orgs). *Toxicomanias: abordagem clínica*. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ, Sette Letras.

última instância, tratar-se-ia de um indivíduo que não construiu o próprio fantasma (que implica as operações de alienação e separação), ficando à mercê do fantasma materno (Lacan, 1969/1998). Evidentemente, esta consideração é uma suposição teórica dificilmente demonstrável, mas acreditamos que o campo abstrato (significante) pode interferir no campo da realidade e produzir efeitos. Por isso, pesquisamos empiricamente e tecemos considerações teóricas a partir das descobertas freudianas.

Segundo Freud (1912), a relação do homem com o álcool é bem diferente da relação que ele estabelece com seu objeto sexual. Nesta, quanto maior a frustração da satisfação pulsional, maior importância psíquica adquire essa pulsão, ou seja, os obstáculos intensificam a libido. Verifica-se também que "[...] o valor psíquico das necessidades eróticas se reduz, tão logo se tornem fáceis suas satisfações" (1912/1970, p. 170), mas isso não se aplica ao bebedor que tem à sua disposição o objeto que lhe proporciona satisfação tóxica, comparada à satisfação erótica, e isso não diminui sua libido, ao contrário, "[...] o hábito constante reforça o vínculo que prende o homem à espécie de vinho que ele bebe [...] sua relação com o vinho aparece como a mais harmoniosa possível, um modelo de casamento feliz" (1912/1970, p. 171).

A aparente relação feliz nem sempre se sustenta ao longo do tempo. O sujeito que inicialmente se deleita com a incorporação e a posse do objeto álcool percebe com o passar dos anos que está preso e capturado pelo objeto. A relação sofre um processo de transformação (o que era bom torna-se ruim), e o sujeito não consegue se

desvincular do objeto que lhe causa danos, como se o *estranho*[2] que habita o ser tivesse adquirido força e conduzisse o sujeito ao uso excessivo de álcool, a fim de se expressar.

Nesse sentido, concordamos com Gurfinkel (1992), ao considerar que o sujeito é muito mais capturado pelo objeto álcool do que agente de escolha.

Pensando em termos lacanianos, vislumbramos que não é algo que ocorre por acaso ou devido a um único e exclusivo acontecimento, mas depende da cadeia significante que o aprisiona desde sua formação embrionária. Significantes que atuam antes de sua existência real, a saber, no desejo de seus pais.

Conforme salienta Dunker (1996, p. 159):

> [...] A causa predisponente da neurose pode ser relida como espaço de discurso onde uma criança é recebida, onde seu lugar está prescrito antes mesmo de seu nascimento, a partir da mitologia familiar, da estrutura de parentesco daquela cultura e do desejo específico que a precede.

Assim, acreditamos que a dependência de álcool se instala num sujeito parcialmente constituído, na medida em que não suporta o vazio e, assim, não consegue dar um

[2] Segundo Freud (1919), o "estranho" refere-se a uma qualidade do sentir e pertence à categoria do assustador que remete ao que é conhecido, velho e há muito familiar, mas que ficou alienado pelo processo de recalcamento. Após um exame do uso lingüístico do termo — que em árabe e hebraico, por exemplo, significa o mesmo que "demoníaco" ou "horrível" —, Freud aborda o fenômeno do "duplo", um outro considerado idêntico. Em outras palavras, haveria uma duplicação, uma divisão e um intercâmbio do eu através do qual ocorreria o retorno constante da mesma coisa. Nas palavras do autor: "Originalmente, o 'duplo' era uma segurança contra a destruição do ego, uma energética negação do poder da morte, como afirma Rank; e, provavelmente, a alma 'imortal' foi o primeiro 'duplo' do corpo" (Freud, 1976, p. 293). Esse "duplo" traria à tona o retorno da mesma coisa e, com ela, a sensação de estranhamento. Através do *estranho*, Freud anuncia a compulsão à repetição existente nos processos inconscientes – suficientemente poderosa para prevalecer sobre o princípio do prazer.

passo além, não sai do "útero materno". Havendo dificuldade de entrar na lógica da separação, não constitui uma representação interna de objeto que possibilite a construção de seu próprio fantasma, conformando-se a uma marca (*sou alcoolista*) dada pelo social. Intoxicar-se seria o modo que encontra para obturar o vazio, incorporando as materializações da ciência. Dessa forma, o sujeito não constrói seu próprio fantasma (Nogueira Filho, 1999; Melman 2000) e permanece preso ao fantasma materno.

Dunker (2002, p. 148) trata dessa ligação do sujeito com a geração precedente, ao enunciar:

> [...] A compulsão à repetição liga-se assim ao fracasso da simbolização nas gerações precedentes, que sobre-investe o vínculo narcísico na família. [...] O conflito que não é resolvido por uma geração se expressa, no entanto, sob a forma positiva no sintoma da geração seguinte ou em um membro dessa geração diante dos demais.

Amarrado àquilo que recebeu como herança materna, o sujeito perde a possibilidade de construir uma resposta para o enigma de seu ser e fica engendrado num mundo que pode iludir – o mundo dos significantes.

Essa herança, aqui chamada de fantasma materno, alimenta a relação de alienação e se constitui a partir do paradigma da relação mãe-bebê, que se desenvolve no meio da indiscriminação, da dependência total, havendo o risco de morte. Essa relação é não verbal por excelência e se realiza mediante a leitura de sinais, mundo dos signos, de ordem primária e animalesca, tendo em vista que a humanização advém da entrada paterna, ou seja, do terceiro elemento. "Pai" é o nome do corte, da

possibilidade do início da operação de separação e da introdução do ser no mundo dos símbolos.

Supostamente, muito além do prazer imediato que o objeto álcool pode proporcionar, existe o sofrimento do sujeito anestesiado/morto, distante de sua verdade, que não se deixa perturbar por motivações internas e adia o contato com as questões que poderiam contribuir para o seu crescimento psíquico.

Citando Lacan[3], Miranda relata que os alucinógenos e os tranqüilizantes são produtos da aposta da ciência que se mostra limitada em saber o que pode e o que quer. Fala ainda do vício radical da ciência e do discurso capitalista como uma ideologia de supressão do sujeito, tempo de exílio da subjetividade, reforçado pelos programas de AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos).

Referindo-se aos limites da interpretação e da construção na análise dos alcoolistas, Melman (2002) propõe que a falta de referência a um terceiro que tenha o poder de nominação ou mesmo de separação constitui a base da eficácia das comunidades anônimas, matriciais. Ou seja, o terceiro existiria como uma entidade anônima, benevolente, igualitária, não indicadora das diferenças e, nesse sentido, dificultaria o processo de individuação, de tornar-se único pela assunção das diferenças.

Considerando o uso da droga como um remédio que acalma a dor produzida pela falta de desejo, Heinrich (1996) pondera que a abstinência sem condições para suportá-la obriga o sujeito a buscar um substituto que exerça uma função semelhante,

[3] "O lugar da Psicanálise na Medicina" (1966). Publicado na revista *Opção Lacaniana*, n.32, dez/2001.

algo que lhe dê algum elemento identificatório e não o coloque diante de sua inconsistência. O valor da função estabilizadora desses substitutos (clínicas de desintoxicação e comunidades terapêuticas) também é sublinhado por Santiago (2001).

Estas considerações corroboram a idéia de que a relação de alienação é o substrato da relação de dependência, ou seja, muda o objeto da relação (do álcool para a identificação grupal), mas se mantém a relação de alienação. Desvincula-se do objeto álcool e mantém-se a vinculação com o significante "alcoolista", por uma operação de deslocamento da dependência. Evidentemente, há ganhos nessa substituição, mas nem todos os sujeitos conseguem realizá-la. O poder operante do laço intersubjetivo e os fatores facilitadores e dificultadores desse processo são tema a serem pesquisados.

No artigo "A clínica do sujeito em privação", Dunker (2003) discorre sobre a importância das substituições discursivas como estratégia terapêutica em diferentes abordagens (Alcoólicos Anônimos, Minessota e recurso à arte), retoma a importância do conceito de privação na obra lacaniana, pontua que as dificuldades do sujeito toxicômano são vividas no plano da interdição (segundo tempo edípico) e esclarece que o futuro do tratamento dependerá da forma como se mantiver e interpretar essa interdição.

Voltando ao ponto de vista etiológico, verifica-se freqüentemente a associação entre o alcoolismo em mulheres e relatos de abuso sexual na infância ou na adolescência. Os achados de Windle (1995) indicam que as mulheres alcoolistas têm quatro vezes

mais histórias de abuso sexual na infância do que os homens. Schuck e Widom (2001) sugerem que a violência sofrida na infância pode ser um dos fatores causais do alcoolismo. Simpson e Miller (2002) apontam índices mais altos de abuso físico/sexual na infância em mulheres alcoolistas ou que fazem uso de substância psicoativa do que em mulheres que não o fazem. No estudo realizado por Cesar (2006), observou-se que 70% da amostra relataram abuso na infância por parentes próximos. Kaysen e colaboradores (2007) revelaram a importância da relação entre violência e uso de álcool. Zlotnick *et al*. (2006) investigaram uma amostra de 336 pacientes abusadores ou dependentes de álcool e verificaram que o abuso sexual era mais freqüente entre mulheres (33%) que entre homens (11,9%).

Outro aspecto freqüentemente mencionado na literatura como preponderante no gênero feminino diz respeito ao fato de o alcoolismo da mulher não se relacionar à tradicional mitologia masculina do papel do álcool (dionisíaco, virilizante, de força etc.), sendo a conduta delas mais secreta do que a dos homens alcoolistas, caracterizando um alcoolismo solitário (Ey, Bernard, Brisset, 198-; Hochgraf, 1995; Bauer, 2003).

A partir dos trabalhos de Gomberg (1986, 1988, 1991) e de Lane *et al*. (1992), Hochgraf (1995) pondera que, apesar de as mulheres alcoolistas não constituírem um conjunto homogêneo, é possível considerar dois grandes grupos, de acordo com a idade de início de ingestão de álcool. O primeiro começa quando jovem (entre os 20 e os 30 anos), para vencer a timidez e conquistar a simpatia dos amigos; bebem com mais freqüência em público, têm mais freqüentemente histórico familiar de alcoolismo, referem-se mais freqüentemente à rejeição e à estigmatização em função

do problema e apresentam um curso do alcoolismo semelhante ao dos homens. O segundo começa mais tarde e reúne mulheres com mais de 40 anos, casadas ou separadas, que se descobrem sozinhas e sem objetivo de vida depois que os filhos saem de casa ou quando deparam uma grande frustração, demonstram conflitos em relação ao papel social que desempenham e, em geral, bebem sozinhas e escondido. Em ambos os grupos, a dependência do álcool liga-se à auto-imagem negativa, à baixa auto-estima e à dificuldade nas relações afetivas (Corrigan, 1991; Aubry *et al*., 2004).

Quanto ao início do uso do álcool, verifica-se que as mulheres, mais do que os homens, começam a usar álcool depois da ocorrência de eventos vitais significativos tais como morte na família e divórcio (Beckman, 1975; Brienza, Stein, 2002).

O pesquisador russo Egorov (2006) estudou a peculiaridade do alcoolismo em 16 mulheres com idade entre 43 e 76 anos que começaram o uso abusivo do álcool na segunda metade da vida, depois ou no transcorrer de uma situação traumática. Em todos os casos, citava-se como causa da alcoolização uma perda afetiva por morte após uma enfermidade prolongada (7 casos), por morte súbita do companheiro (5 casos) ou por separação conjugal (4 casos). A maioria dessas mulheres se alcoolizavam sozinhas (9 casos) e as demais, na companhia de pessoas íntimas ou parentes. Nesse estudo, o autor retoma a importância do sentimento de solidão como fator de risco para o alcoolismo feminino em todos os grupos etários, como já havia constatado em artigo publicado no ano de 2005.

As conclusões desse autor corroboram o sentimento de solidão e das situações de perda como desencadeadores do processo de alcoolização na mulher, mas é interessante notar que, sendo a conduta delas geralmente solitária, o consumo de álcool teria outra função que não favorecer a socialização e fugir dos sentimentos de solidão ou isolamento social. Ao contrário do "[...] alcoolista, que tem necessidade de gozar com um outro alcoolista" (Melm.an, 2000, p. 128), a alcoolização na mulher intensificaria a solidão, na medida em que o álcool se tornaria seu parceiro.

Quanto ao parceiro amoroso, Hochgraf (1995) constatou em sua revisão bibliográfica que as alcoolistas tendem a se casar mais freqüentemente com homens alcoolistas e que esse companheiro é geralmente pouco tolerante e não a estimula a procurar tratamento. Constatou que o casamento dessas mulheres se caracteriza por dificuldades de comunicação, agressões físicas e/ou verbais e relações sexuais insatisfatórias. Hochgraf discute se essas dificuldades de relacionamento seriam causa ou conseqüência do alcoolismo.

Vale a pena pontuar que a insatisfação com o companheiro, a dificuldade na comunicação entre os sexos, as queixas sobre a falta de tolerância do parceiro e as insatisfações na vida sexual são tão freqüentes na escuta clínica do *falasser*[4] feminino que parecem não destacar as singularidades dos relacionamentos amorosos das alcoolistas.

Segundo Bauer (2003), a psiquiatria tradicional francesa considera que o alcoolismo da mulher sobrevém, em geral, numa organização neurótica de base cuja conduta de

[4] Termo utilizado por Lacan (1972) em substituição ao termo "sujeito", implicando o sujeito mais o corpo.

alcoolização é apenas um dos elementos, podendo expressar um modo de suportar uma decepção, um fracasso, a solidão, uma situação de abandono, a recusa de uma situação de dependência e de certa afirmação de virilidade. Nesse prisma, o alcoolismo da mulher representaria uma conduta sintomática de desequilíbrio decorrente do meio e devido à imitação ou à influência do cônjuge. Por esse motivo, a alcoolização seria freqüentemente descontínua. Os casos de dependência secundária, que depende do tempo de impregnação, seriam menos freqüentes, mas se descompensam rapidamente, em menos de cinco anos, devido à sensibilidade biológica da mulher à intoxicação alcoólica.

A suscetibilidade biológica da mulher ao álcool relaciona-se ao efeito *telescoping*, que, segundo Zilberman e Blume (2005), foi descrito pela primeira vez nos anos 1950 e é citado na literatura especializada para se referir à rápida progressão do desenvolvimento do padrão de uso e de sintomas da dependência do álcool na mulher, em comparação ao dos homens, levando-as a procurar tratamento com a mesma média de idade que os homens, apesar de terem iniciado o uso de álcool mais tarde do que eles. No decorrer dos anos, a média de idade em que as mulheres iniciam o uso de álcool vem diminuindo, e a procura por tratamento para transtornos ligados ao álcool está ocorrendo mais precocemente, em média de 2 a 5 anos mais cedo do que a dos homens.

Diferenças no metabolismo do álcool ligadas ao gênero são consideradas parte dos fatores relacionados ao efeito *telescoping.* A maior sensibilidade biológica da mulher tem razões orgânicas: elas têm peso mais baixo, mais tecido gorduroso e menos água corpórea em relação ao peso corporal que os homens; sendo o álcool uma substância

hidrossolúvel, atingiria nas mulheres níveis mais altos de concentração no sangue. Além disso, elas apresentam menor concentração da enzima álcool desidrogenase no estômago, o que as faz absorverem maiores quantidades de etanol puro. Por essas razões biológicas, as mulheres apresentam complicações físicas mais precocemente do que os homens. Nelas, observa-se a freqüência das cirroses que evoluem rapidamente, das polineurites, das síndromes de Korsakov etc. (Ey, Bernard, Brisset, 198-; Hochgraf, 1995; Chang, 2002; Zilberman *et al.*, 2003; Nolen-Hoeksema, 2004; Zilberman, Blume, 2005; Egorov, 2006).

Vários pesquisadores têm estudado a relação entre o álcool e o sistema reprodutor feminino, concluindo que a ingestão de álcool pode causar alterações no sistema hormonal, gerando alterações ou interrupções no ciclo menstrual, infertilidade, aborto espontâneo e câncer de mama (Perry *et al*., 2004; Onland-Moret *et al*., 2005; Svikis *et al*., 2006).

A respeito da associação entre o uso de álcool e as disfunções sexuais, verifica-se que nas mulheres o álcool pode ser causa de disfunções sexuais ou usado para lidar com a insatisfação sexual, ao passo que, para o homem, é largamente conhecida a associação entre alcoolismo e impotência ou diminuição do interesse sexual (Brasiliano, 2005). Sobre isso, Blume (1990) considera que o álcool deprime a função sexual da mulher, aumentando a latência e reduzindo a intensidade do orgasmo.

Quanto ao uso de álcool na gravidez, a complicação mais severa é a síndrome fetal alcoólica. Estima-se que nos Estados Unidos haja de 1 a 3 casos em 1.000 nativivos,

e que essa seja a terceira causa mais freqüente de retardo mental em recém-nascidos (Blume, 1986). Essa síndrome consiste numa combinação qualquer dos seguintes elementos: baixo peso para a idade gestacional, malformações na estrutura facial (fendas palpebrais menores, ponte nasal baixa e filtro ausente), defeitos no septo ventricular cardíaco, malformações das mãos e dos pés, além de retardo mental que varia de leve a moderado. Problemas no comportamento e no aprendizado também podem persistir pelo menos durante a infância (Howell *et al*., 1999). Como são desconhecidas a freqüência de consumo e a quantidade de álcool que desencadeiam essa síndrome, a recomendação médica é a abstinência durante a gravidez (Schuckit, 1991; Hochgraf, 1995; Nolen-Hoeksema, 2004; Mengel *et al*., 2006; Whitehall, 2007).

Para além das diferenças biológicas, alguns autores discutem a possibilidade de as mudanças nos papéis sociais femininos desencadearem conflitos em relação à posição a ser assumida e adotada, supondo que o uso de álcool decorra desses conflitos (Downing, 1991). Revisando os estudos sobre os aspectos sociais e psicológicos de mulheres alcoolistas, Beckman (1975) destacou a confusão entre os papéis sexuais e citou o trabalho de Naschin (1962), que descreveu a sociogênese do alcoolismo das mulheres que aprenderam uma profissão e não puderam continuar a exercê-la depois do casamento e, por isso, consideravam sua vida conjugal e materna um fracasso. Observou que se tratava de mulheres insatisfeitas, incapazes de se resignarem e em conflito entre o papel tradicional e os novos papéis da mulher.

Apresentando interpretações opostas, Bauer (2003) e Chagas (2003) discutem o posicionamento da mulher dependente de substância psicoativa. Após analisar quatro

mulheres alcoolistas membros do AA em Paris, Bauer (2003) conclui que a especificidade do alcoolismo feminino consistiria, em suma, na não aceitação do tradicional papel atribuído à mulher. Verificou que as alcoolistas tinham dificuldade em se identificar com as próprias mães e buscavam as insígnias do masculino como um modelo valorizado de mulher. Segundo a autora, no caso da mulher, o alcoolismo seria uma forma negativa de identificação com o princípio masculino e possivelmente um símbolo de revolta feminina e impaciência com os papéis tradicionais coercitivos.

De uma outra perspectiva, Chagas (2003) percorreu as representações culturais do feminino no decorrer da história e propôs que a mulher toxicômana busca um lugar social, pois os destinos oferecidos — casar-se, ser religiosa ou prostituta — são insuficientes. Advém a revolução feminina e, com ela, mudanças nos papéis sociais como a possibilidade de sair do ambiente doméstico-familiar-privado para participar da vida pública dentro de um modelo masculino, dedicar-se às causas ideológicas, escolher um parceiro sensível como companheiro. Curiosamente, a autora propõe:

> [...] que a mulher engajada na toxicomania exerce sua rebeldia através de uma vida marginalizada, como protesto do lugar da mulher moderna. Ela protesta contra essa nova mulher, contra suas qualidades de guerreira e seu desprezo pela dependência. Protesta contra o interesse da mulher pela tecnologia, pela política, pelo saber em geral (2003, p. 84).

A autora supõe imaginariamente que a mulher toxicômana, especialmente a estruturada como neurótica, é *a mulher de antes*, que prefere a segurança e a estabilidade no amor encontrado, por desvio, na dependência passional com a droga.

Independentemente do tipo de papel criticado ou da posição desejada pelas mulheres alcoolistas, verificamos que Chagas e Bauer, trazem à tona a angústia em relação à questão: "o que quer uma mulher?" (André, 1996).

Em "Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise", Freud (1933/1976, p. 165) aconselha: "[...] Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes".

A ciência evoluiu, Lacan releu Freud e possibilitou outras articulações.

3 – Alcoolismo feminino e comorbidade: algumas contribuições do pensamento psicanalítico e rorschachiano

A depressão é o transtorno mental mais freqüente entre os dependentes de álcool: 27% a 69% de todos os dependentes de álcool têm escores aumentados para a depressão e 15% a 55% preenchem critérios para transtorno depressivo maior (Driessen *et al*., 1998).

Segundo a OMS, 44% dos casos de alcoolismo estão associados à depressão, e as mulheres têm quatro vezes mais probabilidade de apresentar sintomas depressivos que os homens (Hochgraf, 1995).

A relação entre alcoolismo e depressão tem sido pensada a partir de diferentes proposições, conforme tabela elaborada por Leite (1995):

proposição	autor
Existe uma personalidade depressiva pré-mórbida que predispõe ao alcoolismo.	Tahka (1966)
A intoxicação crônica por álcool gera sintomas depressivos.	Clarck (1985)
O curso do alcoolismo pode ser secundário ao curso dos sintomas e episódios depressivos.	Clarck (1985)
A depressão pode seguir-se ao curso do alcoolismo, remitindo com a abstinência.	Dave (1985)
O humor depressivo pode estar associado à recaída do consumo de álcool.	Marlatt (1985)
Depressivos secundários têm menor eficácia terapêutica que primários.	Winokur (1988)

Segundo Zilberman (2003), há uma diferença fundamental entre homens e mulheres alcoolistas, no que tange à depressão: nelas, a depressão é comorbidade primária, neles, mostra-se secundária.

Dada a importância do estudo das comorbidades que interferem no tratamento e no prognóstico (Cuadrado, 2000), reflitamos sobre essa informação.

Em termos psicanalíticos, a depressão se constitui quando o sujeito se identifica com o objeto perdido, não conseguindo dele se separar, e encontra na dor a possibilidade de se manter ligado ao objeto ideal, ao objeto de seu gozo, ou seja, encontra na ausência, na impossibilidade, a presença do ideal (Freud, 1915/1974). Nessas circunstâncias, o sujeito cede a seu desejo, desprendendo-se do simbólico e se entregando ao gozo, o que o afeta de forma depressiva (Skriabine, 1998).

Assim, podemos compreender que a depressão denuncia o apego ao ideal, embora sentindo que não o possui; sentindo a dor da ferida narcísica, por não possuir o ideal

desejado, o ego encontra na ausência, na impossibilidade, a presença desse ideal. Desse modo, mantém presente em sua vida interior a representação do ideal almejado, na medida em que sofre pela ausência, pela desesperança de obter o que deseja e, não abrindo caminho para outras possibilidades de ligação afetiva com o ambiente, não consegue superar o limite imposto pela castração, e a dor passa a representar aquilo que ele mais deseja. Prefere sentir dor a sentir nada, tornando-se a dor o único sentido de sua existência. Funcionando dessa forma, o ego não percebe que a depressão é um tipo de morte psíquica, na medida em que perde a possibilidade de criar outros vínculos afetivos.

O uso do álcool poderia entrar na dinâmica depressiva como um remédio para aliviar a dor, porém, com o passar do tempo, eclode outro problema – a dependência –, e o álcool se torna o herdeiro substituto da dor que conecta o sujeito ao objeto ideal. Aqui, surge uma questão: se a depressão tem o apego à dor como um ponto de ancoragem no campo afetivo, procurar livrar-se dela via consumo de álcool não apontaria uma outra dinâmica psíquica? Por outro lado, se pensarmos que o consumo excessivo de álcool não visa a eliminação da dor, mas sua manutenção por meio dos efeitos depressores dessa substância no sistema nervoso central, teríamos aqui o acréscimo do masoquismo à dinâmica psíquica da mulher alcoolista. Deixemos em suspenso essas questões, para caminhar um pouco mais.

Em termos roschachianos, os índices patognomônicos de depressão são a redução do número total de respostas no protocolo (R), a redução das respostas da série de movimento (RM) e de cor (RC), o rebaixamento da porcentagem de respostas globais (%G), o aumento das respostas de forma (%F), atingindo as formas bem vistas

(%F+) níveis próximos de 100% no cômputo geral do protocolo, e o aumento das respostas de animal (Rorschach, 1967). Evidentemente, é necessário analisar o protocolo como um todo para termos acesso à dinâmica de personalidade, mas esses índices apontam alguns elementos que se repetem e ajudam no diagnóstico diferencial.

A configuração desses índices é consoante com a idéia freudiana de que na depressão o ego está absorto no trabalho de luto, inibido em suas funções (RM↓, RC↓ e %F↑) e sem interesse pelo mundo circundante (R↓). Nessas condições, quando instado a se manifestar, o sujeito responde de modo superficial e empobrecido (%A↑).

Na depressão, o desinteresse pelo mundo externo é marcante, e o sujeito reduz suas possibilidades de expressão. Segundo Coelho (1980), Schachtel verificou que pacientes com grave depressão geralmente não constroem respostas de luminosidade no Rorschach, mas apenas aqueles com depressão menos grave, que procuram no ambiente sinais que justifiquem a depressão ou o pessimismo, darão as respostas mais subjetivas (l ou l') da série de luminosidade.

Se tomarmos a depressão como uma impossibilidade de agir, ou seja, no campo da inibição que se situa na dimensão do movimento, devemos evocar a palavra *impedimento*. Segundo o ensinamento lacaniano:

> [...] *Impedicare* significa ser apanhado numa armadilha e é, afinal, uma noção extremamente preciosa. Implica, de fato, a relação com algo que vem interferir nela e que, no que nos interessa, impede não a função, termo de referência, e não o movimento, que fica dificultado, mas justamente o sujeito. [...] Indico desde já que a

> armadilha de que se trata é a captura narcísica (Lacan, 1962-1963/2005, p. 19).

Temos, então, que o sujeito fica impedido na medida em que é capturado narcisicamente, sendo essa uma armadilha, um artifício para prender qualquer animal.

O álcool poderia ser considerado um objeto de captura, na medida em que o sujeito inicia a ingestão alcoólica e não consegue interromper seu ato. Metaforicamente, estaria no lugar da maçã oferecida por Eva; esta, por sua vez, seria representada atualmente pela sociedade/outros. Mas o objeto álcool não é proibido — está à disposição de todos e oferece uma gama de possibilidades ao consumidor: melhores condições de sensibilidade, amortecimento das preocupações e obtenção de prazer (Freud, 1930/1974), liberação de recalques e manifestação no comportamento explícito de componentes das pulsões parciais como voyerismo-exibicionismo, sadismo-masoquismo e de componentes homossexuais (Abraham, 1908/1993), superação de sintomas como, por exemplo, fóbicos e/ou fomento de formações psíquicas paranóicas (Ferenczi, 1911/1991), experiências místicas de completude (correspondência entre Willian G. Wilson e Jung, citada por Bauer, 2003) e sensações de euforia ou efeitos anestésicos, dependendo da quantidade ingerida e da resistência orgânica do sujeito.

Em relação a esta última frase, a tabela a seguir apresenta os níveis plasmáticos de álcool (mg%) e os sintomas associados (Frances e Franklin, 1989), reformulados por Andrade[5] (2007):

nível plasmático (g/100 ml)	**estágio**	**sintomas clínicos**
0,01 – 0,05	sub-clínico	comportamento normal
0,03 – 0,12	euforia	euforia leve, sociabilidade, aumento da autoconfiança, desinibição, diminuição da atenção, da capacidade de julgamento e controle; início do prejuízo sensório-motor; diminuição da habilidade para desenvolver testes
0,09 – 0,25	excitação	prejuízo do julgamento e crítica e da percepção, memória e compreensão diminuição da resposta sensitiva e retardo da resposta reativa diminuição da acuidade visual e da visão periférica, incoordenação sensitivo-motora, prejuízo do equilíbrio e sonolência
0,18 – 0,30	confusão	desorientação, confusão mental e adormecimento; estados emocionais exagerados; prejuízo da visão e da percepção das cores, formas e dimensões; aumento da sensação de dor; piora da coordenação motora, fala arrastada, apatia e letargia
0,25 – 0,40	estupor	inércia generalizada; prejuízo das funções motoras; diminuição importante da resposta aos estímulos; incapacidade de deambular ou coordenar os movimentos; vômitos e incontinência; prejuízo da consciência, sonolência ou estupor
0,35 – 0,50	coma	inconsciência; reflexos diminuídos ou abolidos; temperatura corporal abaixo do normal; incontinência e prejuízo da respiração e circulação sanguínea
0,45 +	morte	morte por bloqueio respiratório central

Como vemos, é vasta a gama de efeitos do encontro do sujeito com o álcool. Mas quando e como se estabelece a dependência de álcool, em termos psíquicos? Ela é apenas decorrente da dependência química? Se fosse este o caso, após os períodos de internação do sujeito alcoolista, ou seja, após o tratamento de desintoxicação, não haveria recaídas. Poder-se-ia argumentar que as recaídas estão ligadas a uma memória bioquímica e, diante de alguns desencadeantes externos, o organismo automaticamente seria conduzido a ingerir bebidas alcoólicas. Nesta última

[5] Palestra apresentada em 30 de junho de 2007, no evento organizado pelo Núcleo Integrado de Pesquisas sobre Drogas, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

afirmação, fica implícito que o corpo funciona sem um sujeito ou poderíamos considerar o automatismo como uma manifestação do inconsciente em suas vertentes *tiquê* e *autômaton* (Lacan, 1964/1993).

Conforme nos ensina Lacan (1969-1970/1992, p. 13):

> [...] De fato, não se trata, na repetição, de qualquer efeito de memória no sentido biológico. A repetição tem uma certa relação com aquilo que, desse saber, é o limite – e o que se chama gozo.

Há um gozo que conduz e aprisiona o sujeito. Tratar-se-ia, portanto, de um corpo sujeito a manipulações externas (medicamentosas) e à mercê de conexões significantes.

Completude, banho narcísico, alívio de tensão, anestésico, nirvana, gozo, pulsão de morte e fantasma do obsessivo são termos que fazem parte da cadeia significante que podem conduzir ao álcool e aprisionar o ser, como verificamos na diversidade de efeitos produzidos no encontro do sujeito com o álcool.

Mas a dependência de álcool seria o resultado da tentativa de vencer/superar o estado de impedimento ou causa do impedimento, na medida em que o sujeito tenha caído na armadilha narcísica, encontrando-se enfeitiçado diante da imagem especular? Parece que se trata de um círculo vicioso a ser cortado.

No Rorschach, o índice conação apresenta uma possibilidade de investigar se há ou não alterações nas funções subjetivas que antecedem o comportamento explícito, e as

respostas de reflexo e de duplo permitem analisar questões relativas ao narcisismo (Silveira, 1985; Chabert, 1993).

Em termos psicanalíticos, a imagem refletida no espelho pode capturar/prender qualquer animal, mas a captura especular não é total — algo escapa e conduz à terceira coluna proposta na matriz lacaniana, o embaraço, forma mais leve de angústia e o máximo da dificuldade atingida (Lacan, 1962-1963/2005).

Segundo o dicionário Aurélio, o embaraço é uma palavra etimologicamente relacionada à peculiaridade do feminino, a saber, a menstruação e a gravidez, questões relativas ao real do corpo. Real que sempre está na nossa frente, incapturável pelas palavras, pela vertente significante, mas possivelmente pensável a partir da segunda clínica lacaniana sob aforismo: não existe relação sexual pela vertente do *objeto a* (Bicalho, 1990; Nogueira, 1997; Nogueira *et al.,* 2004).

Em outras palavras, é mediante a análise da estrutura fantasmática que podemos avançar. Se as fantasias puderem ser resgatadas, podemos manejar a angústia e evitar o *acting-out* e a passagem ao ato, na medida em que os conflitos poderão ser vivenciados na relação transferencial e não escoados via motora. Temos aqui a importância da fantasia na direção do tratamento.

Em termos rorschachianos, as fantasias podem ser detectadas de modo mais direito mediante a análise das respostas de movimento ou deduzidas a partir do cotejo dos diversos índices do protocolo (Rorschach, 1967; Traubenberg, 1970; Silveira, 1985; Coelho, 1980; Silva, 1987; Adrados, 1991; Chabert, 1993).

Quanto a outras comorbidades, é interessante notar que, além da depressão, as mais comumente associadas ao alcoolismo feminino são a fobia social, a fobia simples, a mania e a dependência de outras drogas (Driessen *et al*., 1998; Zilberman, 2003).

A associação entre alcoolismo feminino e fobia evidencia a importância da ansiedade no tema em pauta (Schneider *et al.*, 2001). Conforme o ensinamento freudiano, a ansiedade, ou angústia, é uma resposta a uma situação de perigo, real ou imaginário, presente ou antecipado (Freud, 1926/1976).

Na fobia, o perigo é localizado conscientemente pelo sujeito no ambiente externo, ou seja, para ele, os objetos externos ou os outros/semelhantes são fontes de ameaça. O outro como fonte de ameaça desperta ansiedade persecutória, e uma das tarefas do trabalho analítico é revelar o deslocamento em jogo e pôr o sujeito diante de si mesmo.

De modo bastante interessante, Ferenczi (1911/1991) abordou a possibilidade de o consumo de álcool incrementar as formações paranóicas, mediante a análise de um paranóico alcoólatra, que durante o período de celibato – entre dois casamentos –, não precisou recorrer ao uso de álcool e nem apresentou sintomas paranóicos, ou seja, a vida sexual com a parceira/outro perturbava a frágil organização psíquica do paciente, um homossexual latente. O autor também se referiu ao uso do álcool como forma de se sobrepujarem sintomas fóbicos.

No Rorschach, a fobia é caracterizada pela presença de elementos indicativos de perturbação neurótica como número de respostas menor que 25, rejeição de uma ou

mais pranchas, choque à cor, choque à luminosidade, mais respostas de movimento animal do que respostas de movimento humano, %F e %A superiores a 50% (Rorschach, 1967). Em relação à fobia, destacam-se os bloqueios associativos, as latências longas, o aumento das respostas da série de luminosidade, a evitação perceptiva do vermelho (prancha II e III), os personagens humanos sem identificação sexual, as cinestesias com tema de queda ou vertigem, os conteúdos ansiógenos, a redução das respostas globais e o predomínio do deslocamento como mecanismo de defesa (Bohm, 1968). As respostas de luminosidade relacionadas a olhos podem ser sinais de ansiedade persecutória (Silveira, 1985).

Outro transtorno comumente associado é a mania. Tradicionalmente estudada dentro dos quadros psicóticos, foi abordada por Freud (1915/1974) em "Luto e Melancolia", texto em que se observam a transformação da expressão *ente querido* em *objeto* e as considerações freudianas sobre as possíveis relações com o objeto perdido. Diante da perda do objeto (algo significativo: ente querido, trabalho, ideal), pode-se incorporar o objeto, como na melancolia, ou negar sua perda, como na mania.

Freud concebe a mania como uma neurose narcísica em que ocorre uma peculiar relação entre o eu e o supereu, ou seja, ao contrário da melancolia, em que o eu permanece submetido às críticas ferozes do supereu, na mania, essas duas instâncias psíquicas se reconciliam ou acontece de o eu ficar colado ao seu ideal. O efeito dessa situação é descrito por Freud como *imagem de triunfo do eu* e se manifesta através de estados de euforia, que dificilmente se mantêm por muito tempo, comumente se alternando com períodos depressivos ou melancólicos.

Ao revisar a literatura psicanalítica sobre o alcoolismo, Rosenfeld (1968) constatou a importância dos fatores orais, do narcisismo, da depressão, da mania, dos impulsos de autodestruição e das perversões, nas considerações teóricas de diversos autores. Para Fenichel (1981), os indivíduos adictos a drogas têm um tipo de personalidade pré-mórbida, que busca a realização de desejos profundos e primitivos através da incorporação da droga, havendo predomínio da avidez oral e da incapacidade egóica em organizar a própria mania. Revendo essas considerações, Kalina e Kovadloff (1980) postularam a drogadicção como uma conduta psicótica que se instaura como uma prática alienada oriunda dos impulsos impensáveis. Santiago (2001) atualiza as leituras psicanalíticas sobre a toxicomania desde as célebres idéias de que o alcoolismo seria um sucedâneo da masturbação, podendo funcionar como um substituto da sexualidade, uma forma de diluir a severidade superegóica, um meio de restringir as conseqüências subjetivas e devastadoras da submissão à lei paterna, até a concepção lacaniana do rompimento com o faz-pipi, ou seja, um modo de romper com o gozo fálico.

Algumas destas considerações sugerem que o sujeito incorporaria o objeto álcool como forma de criar um estado de euforia e negar as perdas — seria uma forma artificial de produzir um estado de mania, supostamente para se afastar da depressão.

De acordo com Rorschach (1967), as características do estado de mania evidenciadas no teste são o aumento do número de respostas, o tempo rápido de reação, as numerosas respostas de movimento e de cor, a redução da %F+ e da %A e a presença de várias respostas globais. Como vemos, os resultados relativos ao estado de excitação são opostos aos do quadro depressivo.

Trouxemos esses diversos elementos, pois pretendemos confrontá-los com os resultados obtidos em nossa amostra. Vejamos agora os resultados das pesquisas que utilizam o método de Rorschach com alcoolistas.

4 – O alcoolismo pelo método de Rorschach

Desde a revisão bibliográfica realizada por Freed (1976) sobre os estudos que usam o método de Rorschach para desvendar os índices ou sinais do alcoolismo e suas características psíquicas, observa-se dificuldade em se compararem os dados das diferentes pesquisas devido à diversidade de nomenclatura e sistematização utilizadas por Beck, Klopfer, Rapaport, Harrower-Erickson's Multipli Choise Rorschach e The Structure-Objective Rorschach Test, entre outros.

Transposto esse obstáculo, verificam-se algumas constatações mais freqüentes sobre os alcoolistas — as defesas egóicas são pouco desenvolvidas, rigidez superegóica, baixa auto-estima, dificuldade em expressar sentimentos agressivos, conflitos neuróticos e tendência a apresentar sintomas depressivos —, mas o confronto dos resultados entre os grupos de alcoolistas e de neuróticos não revelou diferenças estatisticamente significantes. Em relação ao gênero, Zelen e colaboradores (1966) concluíram que homens e mulheres alcoolistas assemelhavam-se mais nas variáveis estudadas do que homens e mulheres considerados normais, sugerindo uma atenuação das usuais diferenças entre os sexos pela intervenção do álcool. Em outro estudo, o teste de Rorschach revelou que os homens alcoolistas apresentaram

identidade sexual feminina. Estudos posteriores não encontraram evidências significativas de traços homossexuais em alcoolistas (Freed, 1976).

Os estudos que procuravam verificar os efeitos do álcool na performance do Rorschach — administrando o teste antes, durante e depois da intoxicação — chegaram a resultados inconsistentes. Do mesmo modo, os estudos que tentaram detectar os traços da personalidade alcoólica concluíram que não era possível distinguir um tipo de personalidade ou uma estrutura básica de personalidade do alcoolista (Freed, 1976).

Na revisão bibliográfica realizada por Bettarello (1992), os estudos convergiram quanto aos conflitos de dependência, ao desenvolvimento incompleto dos processos de verbalização e diferenciação dos afetos, à impulsividade, à dificuldade de suportar frustrações bem como à importância do mecanismo de negação na dinâmica psíquica dos alcoolistas. O autor fez uma pesquisa com 55 homens alcoolistas que procuraram tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Usou o método de Rorschach segundo a sistematização proposta por Silveira (1985) e entrevista psicodinâmica semi-estruturada. A partir dos resultados, detectou dois subgrupos de alcoolistas: subtipo A (constituído por 20 alcoolistas que revelaram capacidade de mobilização de recursos subjetivos na busca de solução para as dificuldades da vida) e subtipo B (constituído pelos demais pacientes da amostra, ou seja, 35 alcoolistas). Encontrou as seguintes diferenças entre os subtipos A e B:

subtipo A	subtipo B
▪ comprometimento menos acentuado na capacidade associativa (↓ R)	▪ comprometimento mais acentuado na capacidade associativa (↓↓ R)
▪ retraimento dos aspectos subjetivos da personalidade (↓ F)	▪ excessiva submissão aos valores do mundo externo (↑ F)
▪ preservação na capacidade de expressão afetiva (RC normal)	▪ contenção na expressão dos sentimentos (↓ RC)
	▪ controle rígido dos afetos e aumento da tensão emocional na adaptação à realidade (↑ %A em relação ao normal)
▪ capacidade de aprendizado com as experiências concretas (↑ C')	▪ dificuldade de aprendizado com as experiências em geral (↓ C')
▪ preocupação e interesse do indivíduo quanto à posição que ocupa no mundo e no universo interpessoal (↑ Ps e ps)	▪ ausência de preocupação e interesse do indivíduo quanto à posição que ocupa no mundo e no universo interpessoal (↓ Ps)
▪ mobilização acentuada dos recursos subjetivos da personalidade (↑ Lambda)	▪ redução da mobilização dos recursos subjetivos da personalidade (↓ Lambda)
▪ recursos de personalidade mais desenvolvidos	▪ recursos de personalidade menos desenvolvidos

Encontraram-se as seguintes diferenças entre o subtipo A e a população normal:

- baixa produtividade psíquica (comprometimento na capacidade associativa ↓ R);
- comprometimento da capacidade de planejamento e avaliação prática dos fatos, e menor atenção às dificuldades cotidianas (G↑, P ↓, E ↓, p'↑);
- predominância de critérios subjetivos na apreciação dos fatos e comprometimento no julgamento da realidade (↓ % F+);
- aumento da tensão emocional (↑ %A) na busca de adaptação à realidade (RMI normal);
- carência de autonomia e auto-afirmação (↓ M);
- predomínio de fantasias infantis (↑ m);
- tendências egocêntricas e impulsivas prevalentes na expressão afetiva (CF > FC; ↑Imp.);
- comprometimento da expressão e elaboração dos afetos (↓FC, ↓ L, ↓ l, ↓ l').

Apesar de Bettarello (1992) não dar uma compreensão teórica dos dados obtidos, sua pesquisa — feita com a mesma sistematização desta — fornece elementos para se refletir sobre a especificidade do alcoolismo em mulheres.

O método de Rorschach também foi utilizado por Bergman e colaboradores (1998), que no entanto seguiram a sistematização proposta por Exner (1999) para avaliar 20 protocolos selecionados ao acaso dentre o grupo de 60 mulheres suecas atendidas no programa Early Treatment of Women with Alcohol Addiction (EWA). Esse estudo verificou a heterogeneidade do grupo, cuja terça parte revelava tendência a apreender o meio casualmente, sem se ater aos sinais emitidos a sua volta, chegando a conclusões precipitadas e distorcendo aspectos da realidade. Mais de 50% da amostra interpretavam os dados de modo sincrético, pessoal e parcial, revelando dificuldade de abstração e desconsideração das solicitações do meio. O grupo de protocolos selecionados também apresentou poucas respostas populares e se observaram sinais de distúrbios nas funções cognitivas em função de respostas bizarras e idealizadas.

Baixo rendimento cognitivo, distúrbios de atenção e déficit mnêmico são aspectos também encontrados em pesquisas que utilizam testes neuropsicológicos e escalas de memória e de inteligência (Ey, Bernard, Brisset, 198-; Rosenbloom *et al*., 2005; Fein *et al*., 2006).

O trabalho de Bergman (1998) observou ainda que as alcoolistas apresentavam sinais de fortes e intensas emoções e dificuldade de manejá-las, o que as fazia evitar situações que lhes pudessem despertar essas sensações internas. Também se verificaram freqüentemente a baixa auto-estima, pensamentos negativos, ruminações

dolorosas, externalização de culpa e atitude crítica para consigo, associada ao humor depressivo. A concepção sobre si não se pautava na realidade, mas em fantasias. Essa imaturidade psíquica contribuía para as dificuldades interpessoais e a conseqüente tendência ao isolamento. Revelaram medo de uma aproximação mais íntima e, quando ocorria a aproximação dos demais, tinham atitudes hostis e negativas. Demonstraram sentimentos de solidão e vulnerabilidade diante dos outros. Muitas alcoolistas usavam a fantasia como forma de escapar de suas responsabilidades, ao invés de construir a própria subjetividade. Revelaram tendência à desorganização interna e perda de controle diante de situações ambíguas ou complexas. Não tinham ou não conseguiam usar adequadamente recursos internos para administrar situações difíceis. Na maior parte das situações, metade do grupo apresentou o estilo *ambitent* – uma oscilação entre os estilos introvertido e extrovertido.

Buscando verificar se as mulheres alcoolistas apresentavam indicadores de ansiedade em índice mais alto do que mulheres não alcoolistas, Mendes e Vaz (2004) desenvolveram uma pesquisa com 14 mulheres alcoolistas (8 pacientes em atendimento ambulatorial e 6 participantes do grupo de AA). Usaram o método de Rorschach seguindo a sistematização proposta por Klopfer com adaptação de Vaz (1997) e o Inventário de Expectativa e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA), desenvolvido por Gouveia e colaboradores (1993). Verificou-se que mulheres alcoolistas apresentavam indicativos de ansiedade situacional maiores do que mulheres não alcoolistas, tendo em vista que, diante de situações de tensão e pressão externa, aquelas se sentem inseguras e não conseguem controlar o desconforto interno. Observaram-se também dificuldades no relacionamento interpessoal,

diminuição da empatia, características egocêntricas e dificuldade de integrar os afetos.

Esses estudos foram os únicos nesta revisão que investigaram a dinâmica psíquica de mulheres alcoolistas por meio do método de Rorschach, mas os resultados foram apresentados sem qualquer articulação teórica, e acreditamos ser necessário compreender os dados dentro de uma abordagem que possa fornecer diretrizes para o tratamento.

Tendo em vista as clássicas noções psicanalíticas que sugerem a presença no alcoolismo de avidez oral e dificuldades nas primeiras relações intersubjetivas [mãe-bebê], Sprohge e colaboradores (2002) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de mensurar a validade dessa hipótese e investigar a possível diferença entre alcoolistas e depressivos, em termos da dependência oral. Para tanto, aplicaram a prova de Rorschach observando a escala Rorschach Oral-Dependency (ROD), desenvolvida por Masling e Bertrand (1969), e o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI; Hathaway & McKinley, 1943 e MMPI-2; Butcher *et al*., 1989) em três grupos: alcoolistas, depressivos e sujeitos considerados normais. Avaliaram-se 50 protocolos de cada grupo. Constatou-se alto índice de respostas de dependência oral nos grupos de alcoolistas e de depressivos, em comparação com o grupo controle, confirmando-se a associação teórica entre dependência oral e esses quadros psicopatológicos. Apesar de não se terem verificado diferenças quantitativas das respostas desses dois grupos (dependência de álcool e depressão), houve diferenças qualitativas: os sujeitos alcoolistas apresentaram mais respostas oriundas do processo primário de pensamento do que os sujeitos depressivos, sugerindo que a experiência

de oralidade nos alcoolistas seria mais regressiva e eles teriam maior dificuldade de manter uma percepção social satisfatória. Por se tratar de conclusões preliminares, os pesquisadores apontam a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto.

5 – Alcoolismo feminino e sexualidade: o álcool como metonímia do homem para a mulher

> *Que haja uma certa estrutura, que essa estrutura seja a estrutura significante, que ela imponha sua grade a tudo o que acontece com a necessidade humana, isso é absolutamente decisivo.*
>
> *Jacques Lacan*

Como pudemos constatar, as pesquisas sobre alcoolismo feminino indicam que o processo de alcoolização em mulheres geralmente advém de episódios de perda e se caracteriza como um ato solitário, ou seja, o uso álcool viria preencher de algum modo um lugar vazio.

Esse vazio, na fórmula do fantasma, é articulado através da noção de *objeto a*. Cada vez que o sujeito tenta reencontrar esse objeto, ele tenta preencher o vazio, numa busca que o coloca em movimento. No entanto, situado nesse lugar, o álcool produz um engodo, na medida em que gera uma ação (beber) supostamente com fim em si mesma, e não norteada pelo desejo.

Nesse sentido, Santiago (2001) alerta que a droga posta na posição de parceiro não deve implicar uma assimilação simplista ao objeto da pulsão ou ao objeto do fantasma, pois a falta-a-ser nessas situações não parece ser provocada por um objeto não nomeável e irrecuperável, mas sob um artifício que mascara o sujeito do desejo.

> [...] O que se designa como artefato da droga não é, portanto, um sucedâneo do objeto sexual substituto, porque lhe falta a inscrição do registro fálico. Esse modo preciso de operar um curto-circuito na sexualidade equivale à dificuldade do toxicômano de suportar as coações relacionais impostas pelo parceiro sexual (Santiago, 2001, p. 51).

Santiago considera as imposições do parceiro sexual um elemento de difícil manejo para o toxicômano que tenta prescindir do Outro sexual, mas podemos equiparar esse curto-circuito na sexualidade operada pelo toxicômano à sexualidade da mulher alcoolista?

No Seminário IV, Lacan (1956-1957/1957) explicitou que a busca pelo objeto perdido concerne à primeira forma sob a qual o objeto surge na obra freudiana e que, com o progresso da experiência analítica, vemos surgir outra modalidade do objeto: o *objeto ideal*, concebido como um ponto de mira. Na formulação lacaniana, após uma leitura crítica da concepção de objeto ideal (genital) entre os contemporâneos de Freud, a noção de objeto desembocará na criação do *objeto a*, objeto causa de desejo, que se furta a ponto de não ser representável, ou seja, seria um resto impossível de simbolizar, gozo puro, desvinculado do significante. Trata-se de um conceito complexo, que adquire diversas nuances ao longo da obra lacaniana.

Buscando articular o conceito de *objeto a* ao nosso tema de estudo, nos reportamos às considerações de Soler (1998,2005) sobre a clivagem entre o objeto da satisfação e o objeto do desejo, entre o objeto-gozo e o objeto-falta, estando ambos os aspectos do *objeto a* condensados na noção de objeto-causa.

Assim, supomos o *objeto a* clivado entre gozo e falta, do que podemos deduzir que o álcool equivaleria ao objeto em sua função de gozo na fórmula fantasmática [$ ◊ a]. Conforme nos ensina Lacan (1972-1973/1973), na posição Mulher da fórmula da sexuação, o sujeito se situa entre o gozo fálico e o gozo suplementar. Seria o álcool, na condição de objeto propiciador de gozo (objeto-gozo), capaz de condensar o gozo fálico e o gozo suplementar?

Melman (2000, p. 24) considera que o alcoolista coloca em cena o gozo infinito:

> [...] O alcoolismo é exemplar da tentativa de corrigir a castração justamente por uma relação oral que não é mais marcada por limite algum. Não vou entrar em detalhes, mas o alcoolismo é uma tentativa de fazer valer um gozo outro. [...] o objeto que é visado nesse gozo infinito continua sendo o falo [...].

Melman (2000) pondera o não rompimento com o falo e evidencia a insuportabilidade da castração para o sujeito alcoolista, independentemente de seu sexo biológico. Tanto homem como mulher depararam e se confrontariam com as questões relativas ao segundo tempo edipiano explicitado por Lacan (1957-1958/1999) na lógica da castração, quando entra em cena a figura do pai imaginário, interpretado como um agente privador e que exige do sujeito o trabalho da interpretação da falta real no Outro. Em relação a esse aspecto, Dunker (2003)[6] considera que, para a mulher, a interpretação da falta no Outro incide de modo diferencial, pois a realização da privação da mãe pode ser interpretada como uma privação em seu próprio corpo, sendo a falta real no outro um indicativo de que ela não teria lugar no Outro. O autor supõe que, por não se tratar de uma falta fálica mas

[6] Trabalho apresentado em congresso: "A clínica do sujeito em privação".

real, a mulher pode interpretá-la como uma devastação e não como um enigma – interpretação comum entre as mulheres adictas. Nesse contexto, podemos supor que essas mulheres consomem álcool para tentar suprir essa falta real. Assim, temos o álcool como uma prótese, um companheiro consolador que tornaria mais suportável a solidão ao mesmo tempo em que proporciona o gozo fálico.

Por uma outra perspectiva, Nogueira Filho (1999) e Santiago (2001) ponderam que o toxicômano (incluindo-se o alcoolista) romperia o casamento com o faz-pipi, conforme pontuado por Lacan[7], ou seja, haveria na toxicomania uma ruptura com a ordem fálica, e não se trataria de um sintoma freudiano, na medida em que não seria produto do retorno simbólico do recalcado, havendo obtenção de prazer por fora da fantasia.

Nogueira Filho (1999) considera que o rompimento da estrutura desejante após a saga edípica pela intervenção toxicomaníaca requer outros referenciais, além do Édipo. O autor não pontua particularidades psicodinâmicas dos consumidores das diferentes drogas e nem entre os sexos, contribuindo teoricamente com a proposição da *fantasmagoria* (constituição fantasmática na qual não se recorre ao Outro, havendo uma aliança entre o real e o imaginário de que o simbólico e o gozo fálico são excluídos) como elemento fundamental da vida psíquica dos toxicômanos.

Santiago (2001), por sua vez, menciona de passagem — posto que não se trata do foco de seu estudo — algumas características do alcoolismo na mulher. Vejamos uma consideração a questionar:

[7] J. Lacan (1975). "Clausura de las jornadas de carteles de la EFP" (texto inédito).

> [...] no que diz respeito às mulheres, a prática do álcool comporta, de preferência, uma função consoladora. A fenomenologia clínica mostra a diferença aparente entre a impotência que afeta os primeiros [homens] e a multiplicação de aventuras e contatos sexuais das segundas. [...] Em suma, a promiscuidade de um equivale à impotência do outro (Santiago, 2001, p. 192).

Na primeira parte do excerto, evoca-se a função de consolo do consumo de álcool e, apesar de isso não ser explicitamente mencionado pelo autor, esse consolo parece se assemelhar à prática masturbatória e auto-erótica. Na segunda parte, equivalem-se os termos "impotência" e "promiscuidade", em que cogitamos a possibilidade de ter havido preconceito na consideração teórica. Será que a maioria das mulheres alcoolistas tem vida sexual promíscua? Haverá pesquisas empíricas que sustentem esse dado? A revisão bibliográfica feita neste estudo aponta justamente o preconceito da psiquiatria tradicional ao considerar a mulher alcoolista sexualmente agressiva e promíscua (Hochgraf, 1995).

Um outro aspecto a ser considerado diz respeito à particularidade do feminino na travessia edípica, pois a estrutura feminina pressupõe um além ou aquém do Édipo, na medida em que algo na mulher resiste a ser regulado dentro da lógica fálica e, portanto, é-lhe natural certa insubmissão à ordem fálica, ou seja, ela não precisa recorrer ao artifício da droga para romper com essa ordem.

Nas palavras de Escolástica (1995, p. 32):

> [...] Freud já havia antecipado clinicamente que a feminilidade escapava de sua teoria, por mais que ele se esforçasse. Lacan complementa: a mulher não se diz toda. Ou seja, algo nela não pode ser dito, em razão de sua estrutura.

Para Freud, a sexualidade feminina seria o resultado de um processo complexo, que envolve uma tarefa dupla: trocar de objeto de amor (da mãe para o pai) e trocar de zona erógena (do clitóris para a vagina). Em 1931, escreve "Sexualidade feminina", a partir de observações de mulheres que têm uma forte ligação com o pai e verifica que essa ligação fora precedida por uma fase longa e apaixonada pela mãe. Apaixonada, mas também aterrorizadora, pois a dependência da mãe se transformará no germe da paranóia, no temor de ser morta e devorada por ela, surgido via retorno das fantasias destrutivas em relação à mãe, que impôs restrições e a concebeu como um ser incompleto, ou seja, castrado. Freud também ponderou que os conflitos primordiais vivenciados na relação com a mãe serão ressignificados na relação com o companheiro — daí a formulação lacaniana de que, para a mulher, o homem é uma devastação.

Lacan usa o termo *ravage*, ao afirmar que o homem é uma devastação para a mulher assim como a mãe é para a filha. Poderíamos dizer que tanto o homem como a mãe penetram de diferentes modos no psiquismo da mulher/filha, podendo devastar o que ai existe.

Quanto ao termo devastação, Soler (1995, p.127) esclarece que:

> [...] Quando Lacan diz "devastação", está reforçando o tamanho do alheamento da relação, para acentuar exatamente o domínio do Outro sobre o sujeito [...] é o que a "devastação" designa: um sujeito à mercê da vontade do Outro.

A menina é instada a se posicionar no lugar de objeto e está destinada a ser "possuída" pelo Outro. Ocupar a posição de objeto e extrair prazer da dor — ou seja, gozar — traz à tona a dimensão do masoquismo, do sofrimento e do sacrifício presentes no campo místico. O sacrifício, por seu turno, é valorizado pela tradição cristã e se traduz numa perda consentida, quiçá procurada. Miller (1998, p. 110/118) reatualiza as informações lacanianas e pondera que:

> [...] Da mesma maneira que a Bíblia diz que o homem terá Sodoma e a mulher terá Gomorra, poderíamos crer que há uma maldição que diria que o homem terá o fetiche e a mulher, a erotomania. [...] o masoquismo feminino não é mais do que uma aparência e, como se sabe, o segredo do masoquismo feminino é a erotomania.

A partir das articulações de Miller sobre a erotomania, ou mania amorosa implicando um preenchimento narcísico via discurso, pensamos que o álcool pode ser concebido como um parceiro invisível e silencioso que faz ressoar (dentro do ser) idéias onipotentes que teriam a função de um preenchimento narcísico similar ao obtido via discurso. Em outras palavras, o álcool, na posição de parceiro, funcionaria como uma metonímia do homem para a mulher, trazendo em seu cerne o significante *devastação*.

II – MÉTODO

1 – Amostra

- sujeitos: 15 mulheres diagnosticadas como alcoolistas segundo os critérios do CID-10, F-10.2, encaminhadas por seus respectivos psiquiatras
- idade: de 31 a 60 anos
- locais:
  - · Clínica Vitória (particular)
  - · Parque Julieta (particular)
  - · Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho (estadual)
  - · Clínica de Psiquiatria e Psicologia de Adultos do Hospital do Servidor Público Municipal (municipal)

1.1 – Critério de inclusão: diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, de acordo com o CID-10, F-10.2.

1.2 – Critérios de exclusão

- condição médica geral grave, que demanda tratamento hospitalar (por exemplo: *delirium*, insuficiência hepática ou pancreatite crônica);
- diagnóstico de retardo mental ou demência;
- uso de drogas ilícitas.

2 – Instrumentos

- entrevista semi-dirigida;
- prova de Rorschach em aplicação individual;
- entrevista devolutiva.

2.1 – A prova de Rorschach: características gerais

A prova de Rorschach é um teste que fornece elementos essenciais para a manifestação da dinâmica psíquica, na medida em que proporciona estímulos ambíguos em que se pode buscar a marca de quem produz as respostas.

O sujeito deve interpretar dez manchas, que se lhe apresentam em determinada ordem. Essas manchas têm formas fortuitas, simétricas com algumas diferenças entre uma metade e outra, que permitem interpretações variadas mas têm certas características que mobilizam diferentes aspectos do trabalho mental.

Metade das pranchas apresentadas é monocromática e a outra metade, colorida, o que enseja a apreciação de reações diante de duas situações diferentes: uma mais neutra, na qual o sujeito se coloca como um observador dos fenômenos, respondendo de "fora", permitindo uma avaliação mais objetiva e consciente, na medida em que ele é solicitado a decidir e a se posicionar diante das diferentes tonalidades de manchas escuras que lhe mobilizam reações emocionais. Outra, na qual ele é tomado pelos afetos, ou seja, o sujeito se vê inserido na experiência e é tomado pelo afeto, devendo responder de "dentro" dessa vivência.

Independentemente da situação experimentada, o sujeito "[...] é convidado, a partir da natureza específica de cada mancha, a buscar em sua memória possíveis imagens que possam se assemelhar àquela apresentada" (Costa, 2006). Em suma, ele deve elaborar respostas para as perguntas "O que poderia ser isso? O que parece essa figura?" e comunicá-las ao examinador. Para chegar a uma resposta, todo trabalho mental é mobilizado, desde o nível de percepção da mancha, comparação do percepto com as imagens mnemônicas e seleção das possibilidades pertinentes até a decisão quanto à resposta a ser comunicada e sua formulação num conceito (Rorschach, 1967).

Como todo trabalho mental, esse também é apenas parcialmente consciente. Temos contato direto com o resultado do processo, e não com o processo em si, cabendo à interpretação dos dados reconstruir os processos mentais subjacentes às respostas e fornecer a dinâmica psíquica do sujeito. Para tanto, faz-se necessário um modelo teórico do psiquismo humano (Coelho, 1980; Silva, 1987).

As respostas dos sujeitos desta pesquisa foram codificadas segundo a sistematização proposta por A. Silveira, adotada na Sociedade de Rorschach de São Paulo, e interpretadas a partir do modelo teórico de "estrutura de personalidade" desenvolvido por Silveira (1985) e elucidado por Coelho (1980). Usamos também algumas contribuições de Chabert (1993) no que se refere às manifestações fora das respostas (comentários, latências, necessidade de apoio do entrevistador etc.), ao recurso a mecanismos de defesa (negação, formação reativa, isolamento etc.), à análise da seqüência das respostas e a outros tipos de dinâmica como rigidez, inibição e processos lábeis.

2.2 – Algumas considerações sobre a análise das entrevistas

Através de fragmentos da análise das entrevistas, ampliamos a compreensão das alterações reveladas pelo método de Rorschach, destacamos os elementos que se repetiam na cadeia discursiva e a posição subjetiva do sujeito diante do significante *alcoolismo* e buscamos delimitar as construções fantasmáticas que alicerçam o sintoma, tendo como referência a teoria psicanalítica.

Para isso, seguimos estes passos:

1. transcrição das entrevistas gravadas;
2. busca das palavras que se repetiam, que surgiam aparentemente deslocadas, a ambigüidade, a polissemia e a polifonia das palavras;
3. destaque do lugar do objeto/álcool na cadeia discursiva;
4. identificação do tipo de relação estabelecida com os familiares.

Esse procedimento para a análise dos dados pode ser encontrado em diversos estudos como os de Guirado (1986, 1995) e Maingueneau (1995, 1997).

Decidimos apresentar, no corpo do trabalho, apenas alguns trechos das entrevistas, para ilustrar as alterações dos índices de Rorschach evidenciadas pela análise estatística, e colocamos em anexo cópia integral de três entrevistas, representativas de diferentes estruturas psíquicas.

3 – Procedimentos

Pedimos aos psiquiatras das instituições contatadas que nos encaminhassem as pacientes alcoolistas que tivessem interesse em participar da pesquisa sobre alcoolismo feminino.

Com cada paciente, marcamos um encontro, em que lhe explicamos os objetivos da pesquisa, pedimos que assinassem o termo de consentimento e fizemos uma entrevista semi-dirigida que privilegiou sua associação livre mediante a insígnia "Gostaria que você falasse sobre a sua vida". As entrevistas duraram no máximo uma hora e foram gravadas para posteriores transcrição e análise. Como entrevistadora, guardamos silêncio a maior parte do tempo, interferindo apenas para prestar esclarecimentos, quando aspectos importantes (relação com os pais, irmãos, filhos e amigos, situações em que consome álcool) não eram mencionados ou como forma de estimular a continuidade do discurso da paciente.

Em seguida, aplicamos a prova de Rorschach, sem tempo estipulado para sua conclusão, conforme padronizado por Aníbal Silveira (1985).

Finalmente, quando desejado pela paciente, fizemos uma entrevista devolutiva, na qual a informamos e refletimos junto com ela sobre a dinâmica de personalidade revelada no Rorschach e na análise da entrevista. Focalizamos a necessidade de um mergulho interno, na tentativa de ela se apropriar de alguns elementos de sua subjetividade. Apesar de esse conhecimento ser meramente intelectual, acreditamos

que é um primeiro passo de sensibilização para o tratamento que visará à melhora de sua qualidade de vida.

4 – Análise dos dados

Os dados dos protocolos de Rorschach foram codificados segundo a sistematização proposta pelo Dr. Aníbal Silveira, adotada na Sociedade de Rorschach de São Paulo. A partir dos dados quantitativos, fizemos uma análise estatística dos índices do Rorschach, para avaliar as diferenças e semelhanças significativas entre os subgrupos das mulheres alcoolistas e da população normal.

Optamos por esse sistema de codificação de respostas em função da especialização da pesquisadora na área e sobretudo pela divisão proposta por Silveira, entre as pranchas monocromáticas e policromáticas, que mobilizam diferentes aspectos do funcionamento mental.

Através da análise das entrevistas, buscamos identificar as construções fantasmáticas que alicerçam o sintoma, tendo como referencial a teoria psicanalítica. Para tanto, analisamos o eixo organizador do discurso, os temas selecionados, as contradições, os tipos de relações estabelecidas, aquilo que se repetia e a polifonia e a polissemia da palavra. Visamos aos sentidos dos diferentes aspectos encontrados no discurso, a fim de iluminar a singularidade do sujeito.

III – RESULTADOS

1 – Caracterização da amostra a partir de informações obtidas nas entrevistas

faixa etária	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
31 – 35 anos			x												
36 – 40 anos	x	x		x					x			x			
41 – 45 anos					x	x	x	x							
46 – 50 anos										x			x		x
51 – 55 anos														x	
55 – 60 anos											x				

escolaridade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ensino fundamental		x									x				
ensino médio			x		x					x		x			x
ensino superior	x			x			x	x	x				x	x	

profissão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
advogada	x												x	x	
empresária (administração de herança familiar)					x		x	x	x						
servidora pública				x						x		x			
doméstica											x				
desempregada		x	x												x

Obs: 1, 4, 9, 13 e 15 ainda não conseguiram voltar às atividades profissionais.

estado civil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
solteira	x			x					x						
casada		x	x		x		x	x		x	x			x	
divorciada						x							x		x
viúva												x			

sexualidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
abuso sexual durante a infância		x	x							x					
heterossexual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
maternidade		x	x		x	x	x	x		x	x		x	x	x
aborto							x			x			x	x	

dos motivos evocados para beber	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
baixa auto-estima / déficit narcísico												x			x
fuga da realidade*			x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	
depressão		x		x					x						
insatisfação na relação amorosa					x			x	x	x	x	x		x	x
insônia				x									x		
gostar do sabor e/ou dos efeitos do álcool	x	x				x		x	x	x					x
influência dos amigos						x		x	x	x		x			x

* descrita como: não suportar pressão, esquecer os problemas ou eliminar a sensação de medo

das conseqüências do abuso de álcool	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
separação familiar		x													x
problemas orgânicos													x		x
alucinações e/ou delírios	x	x	x	x		x					x		x		x

modo de beber/consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
beber progressivo e captura imaginária	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
beber em grupo		x				x		x	x	x		x			x
beber solitário	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
recaídas	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x		x

pessoas próximas dependentes de álcool	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
pai	x	x		x				x				x	x		
mãe			x												
parceiro									x						

Das mulheres encaminhadas à pesquisa, quatro não foram consideradas nos resultados apresentados por preencherem algum(ns) critério(s) de exclusão: duas usavam, além de álcool, cocaína e *crack*; uma tinha 17 anos e estava internada devido à inalação de tíner e outra 18 e estava internada devido ao consumo excessivo de álcool após o término de um namoro, sendo esse seu único histórico de abuso.

As mulheres que constituem nossa amostra não relataram o uso de drogas ilícitas, com exceção do Sujeito 8, que faz uso esporádico de maconha.

Das tabelas acima, depreende-se que 60% da amostra têm entre 36 e 45 anos de idade, 46,6% fizeram faculdade e chama atenção o fato de metade destas serem advogadas, sugerindo que as especificidades da profissão — cumprimento dos dispositivos legais, pressão dos prazos processuais e excesso de formalidades legais — podem constituir fatores de risco à alcoolização; 60% são casadas e 73,3% têm filhos. A maioria convive com os filhos, com exceção dos Sujeitos 2 e 15, cujas filhas preferiram morar com o pai ou com a avó, por não suportarem as "bebedeiras" da mãe. Confrontando esses dados com a informação de que haveria dois grupos de mulheres alcoolistas (Hochgraf, 1995), verificamos que a caracterização desta amostra não revela a síndrome do ninho vazio, pois o processo de alcoolização dessas mulheres não é posterior à saída dos filhos do âmbito familiar.

Um outro aspecto relevante a ser considerado é o fato de que o álcool sempre esteve presente na vida dessas mulheres, sendo o beber progressivo e a captura, imaginária — "de repente", começaram a fazer uso abusivo de álcool —, fatores que marcam

nossos sujeitos. A constatação de algumas pesquisas de que as mulheres geralmente iniciam o processo de alcoolização após episódios de perda de um ente querido não foi observada nos dados levantados aqui. Só no relato do Sujeito 9 se observou a associação entre o término do seu noivado e o aumento do consumo de bebida alcoólica, ou seja, uma situação de perda foi evocada como causa do processo de alcoolização.

Os Sujeitos 8 e 14 fizeram associação direta entre uma situação emocionalmente significativa e o aumento do consumo de álcool; a primeira, quando descobriu que o marido era portador do vírus HIV e a segunda, apesar de não explicitar conscientemente a conexão entre os fatos, revelou que o consumo de álcool aumentou quando foi convocada a assumir o papel de mãe — quando se viu sozinha para dar banho no bebê.

66% das mulheres desta amostra mencionaram a *fuga da realidade* como um dos motivos que as levaram ao consumo de álcool, mas não lograram explicitar de que realidade procuravam se afastar — falaram de forma vaga e imprecisa sobre sua vivência. Entre as que conseguiram localizar algum elemento insuportável da realidade, 53% associaram a insuportabilidade ou a frustração à insatisfação na vida amorosa.

46,6% apreciam os efeitos do álcool sobre seu organismo e 40% consideram os amigos uma influência no que diz respeito ao ato de beber. No entanto, esse suposto

motivo é minimizado pela constatação de que 100% consomem álcool quando estão sozinhas e em casa.

Nossa amostra corrobora o beber solitariamente constatado como uma característica marcante do alcoolismo feminino por outras pesquisas sobre o assunto. Temos aqui o álcool como um companheiro dessas mulheres.

Em termos históricos, 40% da amostra mencionaram o pai como um referencial identificatório no que tange à dependência do álcool, e verificamos também que o relato de abuso sexual (20%) ou a experiência do aborto (26,6%) não foram associados por essas mulheres ao processo de alcoolização, podendo se tratar de elementos dissociados da vida psíquica que favorecem condutas disruptivas como, por exemplo, beber abusivamente. Quanto às conseqüências do uso abusivo, 53,3% apresentaram algum tipo de fenômeno elementar e duas mulheres apresentam problemas orgânicos: o Sujeito 13 tem polineurite e o Sujeito 15 relatou três internações hospitalares por hemorragia no esôfago.

2 – A prova de Rorschach

2.1 – Resultados quantitativos: uma apreciação estatística

Inicialmente, calculamos algumas medidas resumos, para verificar se as variáveis em estudo apresentam diferenças entre as pranchas monocromáticas (mono) e policromáticas (color). Essas medidas estão na Tabela 1, em que observamos que,

com exceção de %F+, %H, Elab/R e T/R, todas as variáveis parecem diferir de acordo com o tipo de prancha.

Tabela 1. Medidas resumo das variáveis de adaptação à realidade, conteúdo, conação, Lambda e campo intelectual, segundo o tipo de prancha

variável	prancha	N	média	desvio padrão	mediana	mínimo	máximo	Q1	Q3
%F	color	15	53,6	50,0	17,3	25,0	92,3	40,0	66,7
	mono	15	70,4	66,7	10,6	50,0	92,3	63,6	78,6
	total	15	61,4	58,6	11,6	42,9	86,4	52,9	70,0
%F+	color	15	83,7	85,7	16,2	50,0	100,0	71,4	100,0
	mono	15	89,7	100,0	13,2	60,0	100,0	75,0	100,0
	total	15	85,0	90,0	10,2	62,5	100,0	75,0	91,7
RMI	color	15	46,8	47,6	11,6	31,1	79,2	35,7	50,0
	mono	15	60,8	58,3	7,2	51,7	77,8	55,5	63,7
	total	15	52,3	53,7	5,8	43,8	63,9	47,2	56,6
%A	color	15	33,0	30,0	20,5	7,1	87,5	20,0	45,5
	mono	15	53,7	53,8	13,7	33,3	83,3	44,4	62,5
	total	15	41,7	43,5	13,9	21,4	77,8	30,0	50,0
%H	color	15	24,4	27,3	16,3	0,0	64,3	12,5	33,3
	mono	15	21,3	21,4	17,6	0,0	50,0	0,0	38,5
	total	15	23,5	22,2	14,5	5,9	54,2	8,7	31,8
%V	color	15	23,3	20,0	10,3	6,7	50,0	16,7	27,3
	mono	15	39,1	33,3	15,1	16,7	83,3	30,0	45,5
	total	15	30,1	30,0	9,4	17,7	57,1	25,0	31,8
conação	color	15	37,6	40,0	15,0	11,4	65,0	25,0	48,1
	mono	15	60,1	63,6	17,2	10,0	81,2	55,0	66,7
	total	15	46,6	46,4	11,8	25,0	69,7	40,0	52,9
Lambda	color	15	1,1	1,0	0,7	0,1	3,0	0,5	1,5
	mono	15	0,5	0,5	0,2	0,1	1,0	0,3	0,6
	total	15	0,7	0,7	0,3	0,2	1,3	0,4	0,9
Elab/R	color	15	1,2	0,9	0,9	0,0	3,2	0,6	1,4
	mono	15	0,9	0,9	0,5	0,1	1,8	0,4	1,1
	total	15	1,0	0,9	0,6	0,2	2,2	0,6	1,3
T/R	color	15	39,0	42,9	14,0	12,0	60,5	29,6	51,0
	mono	15	47,5	45,0	19,9	14,0	102,0	34,3	57,8
	total	15	42,0	42,5	14,4	13,0	74,0	31,8	50,0

Para verificar se essas diferenças são estatisticamente significantes, fizeram-se testes t para a diferença média (Bussab e Morettin, 2004) entre as pranchas mono e color das variáveis. As estatísticas de teste, bem como o p-valor e os intervalos de

confiança de 95% estão apresentados na Tabela 2, em que as variáveis % F+, % H, Elab/R e T/R não diferem quanto ao tipo de prancha ao nível de significância de 5%.

Tabela 2. Testes t para a diferença média entre as pranchas mono e color para as variáveis de adaptação à realidade, conteúdo, conação, Lambda e campo intelectual

diferença entre mono e color	N	diferença média (mono – color)	erro padrão	IC de 95,0%	t	p-valor
%F	15	16,8	5,1	(5,9; 27,8)	3,30	0,005
%F+	15	5,9	5,8	(–6,5; 18,3)	1,03	0,322
RMI	15	14,1	4,0	(5,4; 22,7)	3,48	0,004
%A	15	20,7	5,5	(8,9; 32,4)	3,77	0,002
%H	15	–3,1	4,3	(–12,4; 6,19)	-0,71	0,487
%V	15	15,8	4,4	(6,5; 25,2)	3,63	0,003
conação	15	22,5	6,1	(9,5; 35,6)	3,70	0,002
Lambda	15	–0,6	0,2	(–1,0; –0,2)	–3,20	0,006
Elab/R	15	–0,3	0,2	(–0,8; 0,2)	–1,33	0,203
T/R	15	8,5	4,7	(–1,6; 18,5)	1,81	0,091

Assim, para a variável %F+ que não apresentou diferença, fez-se um teste t comparando sua média com a média populacional normal (Bussab e Morettin, 2004) baseada no total, ou seja, com as pranchas mono e color conjuntamente. Esse teste é apresentado na Tabela 3, em que se observa que a variável %F+ é, em média, a mesma da população normal (p-valor = 0,365). Além disso, o intervalo de confiança de 95% não contém o intervalo de normalidade (82,5; 92,5).

Tabela 3. Teste t de comparação da média de %F+ com a média populacional normal

variável	média populacional	média amostral	erro padrão amostral	IC de 95,0%	t	p-valor
%F+	87,5	85,0	2,6	(79,4; 90,7)	–0,94	0,365

Já para as variáveis %H e T/R, construímos intervalos de confiança de 95%, para compará-los com seu intervalo de normalidade. Esses intervalos estão na Tabela 4,

através da qual podemos dizer que, para esta amostra, há indícios de que os indivíduos estão dentro da faixa da normalidade, segundo essas variáveis.

Tabela 4. Intervalos de confiança de 95% para as variáveis %H e T/R

variável	intervalo de normalidade	média amostral	erro padrão amostral	IC de 95,0%
%H	(10,0; 20,0)	23,5	3,7	(15,4; 31,5)
T/R	(18,0; 48,0)	42,0	3,7	(34,0; 50,0)

Para as demais variáveis, em que foram encontradas diferenças entre as pranchas mono e color, fizeram-se testes t comparando suas médias com a média populacional normal separadamente. Na Tabela 5, apresentamos os testes para as pranchas mono e observamos que apenas a variável Lambda é, em média, a mesma que a da população normal, mas devemos ressaltar que as diferenças nas variáveis %F e conação são marginalmente significantes, pois o p-valor é muito próximo do nível de significância de 5%. Então, nesses dois casos, as conclusões devem ser tiradas com muito cuidado, pois o limite inferior dos intervalos de confiança dessas variáveis é muito próximo de suas médias populacionais normais.

Tabela 5. Teste t de comparação das médias das variáveis com as respectivas médias populacionais normais, segundo a prancha mono

variável	média populacional	média amostral	erro padrão amostral	IC de 95,0%	t	p-valor
%F	64,0	70,4	2,8	(64,6; 76,3)	2,35	0,034
RMI	50,0	60,8	1,9	(56,8; 64,8)	5,84	< 0,001
%A	37,0	53,7	3,6	(46,1; 61,3)	4,71	< 0,001
%V	27,0	39,1	3,9	(30,7; 47,5)	3,10	0,008
conação	50,0	60,1	4,4	(50,6; 69,6)	2,27	0,040
Lambda	0,5	0,5	0,1	(0,3; 0,6)	–0,69	0,499

Na Tabela 6, apresentamos os testes para as pranchas color e notamos que as variáveis RMI, %A e %V são, em média, as mesmas que as da população normal, mas devemos ressaltar que aqui também a diferença na variável %F é marginalmente significante, fazendo com que as conclusões tenham que ser tomadas com cautela. Ao contrário do caso mono, aqui o limite superior do intervalo de confiança de %F é muito próximo de sua média populacional normal.

Tabela 6. Teste t de comparação das médias das variáveis com as respectivas médias populacionais normais, segundo a prancha color

variável	média populacional	média amostral	erro padrão amostral	IC de 95,0%	t	p-valor
%F	64,0	53,6	4,5	(44,0; 63,2)	–2,33	0,035
RMI	50,0	46,8	3,0	(40,3; 53,2)	–1,09	0,296
%A	37,0	33,0	5,3	(21,7; 44,4)	–0,75	0,465
%V	27,0	23,3	2,7	(17,6; 29,0)	–1,39	0,185
conação	50,0	37,6	3,9	(29,3; 45,9)	–3,21	0,006
Lambda	0,5	1,1	0,2	(0,7; 1,5)	3,14	0,007

Para as variáveis de afetividade Af e Imp, também se fizeram testes t comparando suas médias com as respectivas médias populacionais e apresentados na Tabela 7, em que se observa que ambas as variáveis são, em média, iguais às da população normal.

Tabela 7. Teste t de comparação das médias das variáveis Af e Imp com suas respectivas médias populacionais normais

variável	média populacional	média amostral	erro padrão amostral	IC de 95,0%	t	p-valor
Af	1,20	1,67	0,32	(0,99; 2,35)	1,49	0,157
Imp	0,34	0,51	0,09	(0,32; 0,71)	1,94	0,073

Para as demais variáveis de afetividade (ChC, ChL, Harrower e Piotrowski) e para a variável Elab/R usando o total, também se fizeram testes t de comparação de médias, mas, como não temos uma faixa de intervalo para valores populacionais normais para

eles, fizemos os testes da seguinte forma: no caso do Elab/R cujo valor populacional normal é maior ou igual a 1, testamos se a média do Elab/R da amostra segue isso; no caso do ChC, ChL e Harrower cujos valores populacionais normais são menores que 8, testamos se as médias da amostra são maiores ou iguais a 8 ou não e, por fim, no caso de Piotrowski cujo valor populacional é menor que 5, testamos se a média amostral é maior ou igual a 5 ou não.

Esses testes estão na Tabela 8, em que observamos que:

- a variável Elab/R é, em média, a mesma que a da população normal;
- as variáveis ChC, Harrower e Piotrowski são, em média, as mesmas que a da população normal;
- a variável ChL é, em média, a mesma que a da população normal, mas essa significância é marginal, pois o p-valor está próximo do nível de significância de 5%.

Tabela 8. Teste t de comparação das médias das variáveis Elab/R, ChC, ChL, Harrower e Piotrowski, com suas respectivas médias populacionais normais

variável	hipóteses	média amostral	erro padrão amostral	IC de 95,0%	t	p-valor
Elab/R	média ≥ 1 média < 1	1,0	0,2	(0,7; 1,4)	–0,94	0,551
ChC	média ≥ 8 media < 8	4,7	0,5	(3,7; 5,8)	–6,63	< 0,001
ChL	média ≥ 8 média < 8	6,7	0,6	(5,4; 8,1)	–1,97	0,035
Harrower	média ≥ 8 média < 8	6,2	0,6	(4,9; 7,5)	–2,91	0,006
Piotrowski	média ≥ 5 média < 5	2,5	0,3	(1,8; 3,3)	–7,34	< 0,001

2.2 – Análise dos resultados quantitativos

Conforme dito anteriormente, os índices %V(mono), %A (mono), RMI (mono), Con (color) e Lambda (color) apresentaram resultados diferenciais significativos em relação à população considerada normal. Seguem-se alguns comentários didáticos e pontuais sobre cada índice.

2.2.1 – Adaptação à realidade externa ⇔ RMI = [(%A + %V + %F) ÷ 3]

prot.	mono %F	color %F	total %F	mono %F+	color %F+	total %F+	mono RMI	color RMI	total RMI
1	75	41,7	55	100	80	90,91	70,8	46,1	57
2	83,3	66,7	75	75	50	62,5	58,3	33,3	45,8
3	100	50	62,5	100	100	100	66,7	52,8	56,3
4	80	60	70	75	66,7	70	51,7	35,6	43,8
5	92,3	40	69,57	88,9	100	92,31	57,8	53,3	55,4
6	66,7	36,4	50	100	75	90	55,5	43,2	50
7	63,6	72,7	68,18	100	71,4	85,71	63,7	48,1	58,8
8	66,7	73,3	71,43	100	66,7	75	77,8	31,1	44
9	50	50	50	60	100	75	53,3	79,2	63,9
10	62,5	53,3	56,52	100	87,5	91,67	62,5	49,2	53,7
11	60	50	54,17	100	85,7	91,67	63,3	35,7	47,2
12	66,7	25	42,86	75	100	83,33	63,7	50	54
13	66,7	57,1	60,87	83,3	100	91,67	53,7	47,6	49,4
14	77,8	92,3	86,36	100	72,7	83,33	66,7	49,9	56,6
15	78,6	40	58,62	87,5	100	92,31	57,7	44,4	50,3

A forma é a resposta mais freqüente, mesmo porque ela é inerente a toda e qualquer porção das manchas e comum a toda a série. Fornece a base para a construção da resposta e reflete a necessidade do ser humano de se colocar como mero espectador do ambiente externo. Em tais circunstâncias, ele retira as qualidades específicas e enriquecedoras dos eventos, reduzindo-os a seus aspectos mais concretos e

elementares. Tal atitude exige uma estruturação ativa do estímulo, ou seja, é preciso recorrer às forças internas para conseguir realizar essa tarefa. É um esforço intencional de concentração da atenção. Não implica necessariamente redução da imaginação ou da capacidade de elaboração original, mas a torna secundária aos dados imediatos e objetivos, o mesmo ocorrendo com a reação emocional.

O homem consegue dominar seus impulsos e fantasias em função de sua necessidade fundamental como ser social. Esse tipo de trabalho mental permite manter a estabilidade do comportamento explícito e a continuidade do raciocínio (firmeza para avaliar), capacidade de julgar o momento adequado para expressar opiniões ou afetos (coragem), assim como o momento em que se deve contê-los (prudência).

A relação para com a média intelectual (índice RMI – abreviatura sugerida pelo Dr. Ibrahim Mathias, em 1949) dá informações sobre o modo como o indivíduo se organiza diante das injunções da realidade externa e afere o grau e a qualidade da aceitação das limitações impostas ao indivíduo pela realidade objetiva. Inclui aspectos afetivos (%A), conativo (%F+) e intelectual (%V) e pretende averiguar as reações emocionais mais primárias, aferir o uso da lógica no plano social dos padrões convencionais de pensamento e a disposição conativa, no que tange à concentração da atenção.

A análise estatística desse índice mostra que existem diferenças significativas no modo de as alcoolistas se adaptarem à realidade, principalmente nas situações do dia a dia. Elas se submetem passivamente às injunções da realidade e estabelecem uma relação emocionalmente tensa com o meio ambiente, apresentando um pensamento infantil e estereotipado, sentindo necessidade de se apegar àquilo que lhes é familiar e excluir a participação de seus interesses mais autênticos na abordagem das situações. Nessas circunstâncias, apresentam tendência ao aumento do índice %F, o que indica uma atitude trivial, superficial e impessoal com a realidade externa. Por outro lado, nas situações de maior apelo afetivo, tendem a se recolher, devido à dificuldade de integrar os impulsos à realidade externa – tendem a se voltar para si mesmas. Ou seja, há instabilidade e oscilação nas operações de focalização da atenção, nos sistemas de controle e nos juízos discriminantes na relação com os padrões do mundo real, dependendo da mobilização afetiva suscitada pela situação vivida.

Quanto ao índice %F+ — integrante do grupo de respostas de forma e indicativo de informações sobre o tipo de contato estabelecido com o meio, sobre a capacidade de manter a atenção e não distorcer as percepções —, verifica-se que 13 em 15 protocolos revelam a necessidade de um contato rígido e inflexível com a realidade externa. Apesar de esse índice não apresentar diferença estatisticamente significativa, quando comparado com a população considerada normal, chama atenção o fato de 86,7% da amostra apresentar essa rigidez.

2.2.2 – Análise dos conteúdos

prot.	mono %A	color %A	total %A	mono %H	color %H	total %H	mono %V	color %V	total %V
1	62,5	41,7	50	25	33,3	30	50	16,7	30
2	66,7	33,3	50	16,7	0	8,3	33,3	16,7	25
3	75	41,7	50	0	8,3	6,25	25	16,7	18,75
4	40	20	30	0	30	15	40	20	30
5	53,8	30	43,48	38,5	20	30,43	30,8	30	30,43
6	33,3	23,7	30	44,4	27,3	35	33,3	27,3	30
7	45,5	45,5	45,45	9,1	27,3	18,18	45,5	27,3	36,36
8	83,3	20	38,1	0	13,3	9,5	50	6,7	19
9	70	87,5	77,78	30	12,5	22,2	30	50	38,89
10	50	40	43,48	0	13,3	8,7	37,5	20	26,09
11	60	7,1	29,17	40	64,3	54,17	30	14,3	29,17
12	33,3	12,5	21,43	50	37,5	42,86	83,3	37,5	57,14
13	44,4	21,4	30,43	11,1	7,1	8,69	33,3	21,4	26,09
14	55,6	53,8	54,55	33,3	30,8	31,82	44,4	23,1	31,82
15	57,1	13,3	34,48	21,4	40	31,03	28,6	20	24,14

As respostas vulgares (%V) ou banais são as mais comuns às manchas de Rorschach, quanto à coincidência de localização e conteúdo, aparecendo como mínimo em um de cada três indivíduos, mas podem atingir, em algumas pranchas (como III, V e VIII), porcentagens próximas a 90%. Dada a enorme freqüência, as respostas vulgares representam uma informação crucial sobre a convencionalidade e a assimilação dos padrões sociais de percepção. Dito de outro modo, representam o grau de adaptação do indivíduo às normas de seu grupo de pertinência, envolvem a aceitação do consenso geral, a extensão da lógica aos valores admitidos pela coletividade e a elevação das noções reais ao grau de abstração. As respostas vulgares representam a possibilidade de se fazer uso dos instrumentos sociais como forma de ajudar na articulação de questões afetivas, ou do processo de simbolização.

Nesse campo, verificamos aumento da %V nas situações de menor impacto afetivo. As alcoolistas tendem a se submeter às convenções estabelecidas, indicando pouca restrição ao que é imposto pelo meio social, ou seja, pressupõem imaginariamente expectativas nos demais e se sentem desconfortáveis por se considerarem incapazes de corresponder a essas expectativas.

Observa-se também aumento da %A nas pranchas monocromáticas, sendo as respostas de conteúdo animal (%A), em conjunto com as respostas vulgares (%V), os fatores responsáveis pelo aumento do índice RMI. Ou seja, o pensamento estereotipado subjacente ao excesso de respostas de conteúdo animal e o uso indiscriminado dos dispositivos sociais interferem em sua adaptação intelectual ao meio ambiente.

Nas situações do cotidiano, as alcoolistas tendem a se envolver emocionalmente de modo inadequado, interpretando os fatos de modo simplista e facilitado pelo já conhecido e tendendo a avaliar os fatos sempre do mesmo modo. Demonstram dificuldade em se posicionar no meio ambiente, identificando-se com um tipo de pensamento infantil. Essa dinâmica desencadeia uma ligação emocional tensa com o ambiente, pela qual o processo de adaptação às implicações da realidade objetiva ocorre sem a integração de outros fatores de personalidade.

2.2.3 – Conação [Con = $\%F^{+} - (100 - \%F)$] e Lambda [$\lambda = (R - F) \div F$]

prot.	mono Con	color Con	total Con	mono Lambda	color Lambda	total Lambda
1	75	21,7	45,9	0,3	1,4	0,8
2	58,3	16,7	37,5	0,2	0,5	0,3
3	100	50	62,5	0	1	0,6
4	55	26,7	41,4	0,3	0,7	0,4
5	81,2	40	61,9	0,1	1,5	0,4
6	66,7	11,4	40	0,5	1,8	1
7	63,6	48,1	53,9	0,6	0,4	0,5
8	66,7	40	46,4	0,5	0,4	0,4
9	10	50	25	1	1	1
10	62,5	40,8	48,2	0,6	0,9	0,8
11	60	35,7	45,8	0,7	1	0,8
12	41,7	25	26,2	0,5	3	1,3
13	50	57,1	52,5	0,5	0,8	0,6
14	77,8	65	69,7	0,3	0,1	0,2
15	66,1	40	50,9	0,3	1,5	0,7

O índice conação indica disposição subjetiva para a ação. Segundo a análise estatística, o grupo de mulheres alcoolistas apresenta rebaixamento significativo da capacidade de ação (Con ↓) nas situações de maior apelo afetivo e tendência a agir de modo impulsivo nas situações do dia-a-dia (Con ↑).

A baixa conação não quer dizer ausência de ação, mas a substituição de uma ação organizada pelo significado do determinante predominante da série de movimento, de cor, de luminosidade ou de perspectiva que acompanha a resposta, conforme analisado no subitem 2.2.4.

É interessante observar que o comportamento adicto se refere a um ato de caráter impulsivo e irrefreável, em que primazia de uma ação que precede o pensamento,

cuja finalidade é uma descarga motora que não conta com a participação do juízo crítico (%F+).

Outra diferença significativa se refere ao aumento do índice Lambda, cuja análise qualitativa aponta a falta de discriminação entre a informação importante e a acessória. Trata-se de pessoas que se deixam invadir facilmente pela estimulação emocional, não sendo capazes de evitá-la e sentindo-se freqüentemente inundados por ela.

Baixa conação a Lambda alto indicam excesso de subjetivismo na relação com o meio ambiente — com a intensa captação de dados desnecessários à resolução de problemas, há sobrecarga de informações acessórias e, conseqüentemente, redução da eficiência. A fraca capacidade de ação prática e a maior participação afetiva representam o modo de as alcoolistas se posicionarem diante dos fatos.

2.2.4 – Distribuição dos fatores determinantes: os recursos internos

prot.	M	m	m'	Ps	ps	ps'	L	l	l'	C'	FC	CF	C	NC	Pos
1	3	2					(4)	(3)		(1)	2	2(1)			
2	1		1								1				
3	1	2		1				1				1			2
4	1	1		1	1			1				1			
5	1	1		1			(3)	(1)			3	1			
6	2	3	2		(1)		(2)	(1)	(1)			3			
7	2						(2)	4(2)					(1)	1	
8		2					(2)	(1)			2	1	1		
9	[1]	7	1	[1]					(1)	(1)	1				
10	1	2	1	1	1		(2)		(2)	1	1	2	(2)		
11	5		3		1							1			1
12	1	1	3		1			(1)	(2)				2		
13	1	2		1	(1)			1(3)	1			3			
14			2				(3)			1	(1)		(1)		(2)
15		1	2				(4)	1(1)	(2)	2	1	5			

Quanto à distribuição dos fatores determinantes, encontramos um quadro bastante diversificado. Com exceção do protocolo 2, as alcoolistas usam pelo menos três faixas de determinantes (movimento, cor, perspectiva ou luminosidade), embora se expressem através de recursos menos evoluídos em termos de maturidade psíquica. Em relação à série movimento — que engloba as funções intelectuais destinadas à construção da identidade, autoconhecimento e autonomia —, a expectativa é M > m + m'. Entretanto, como vemos, os determinantes m e m' prevalecem sobre M, indicando a presença de fantasias infantis no comportamento explícito, bem como conflito entre o desejo e o sentimento de impossibilidade de sua realização.

Quanto ao modo de expressão da afetividade, a expectativa é FC > CF + C, isto é, espera-se que os adultos consigam retardar a necessidade de gratificação imediata, demonstrando capacidade de levar em conta o outro e o ambiente ao expressarem seus sentimentos. No entanto, com exceção dos protocolos 2 e 9, isso não acontece – ao contrário, predominam as reações afetivas egocêntricas e impulsivas, com tendências a comportamentos explosivos e atitudes imprevisíveis.

Observa-se ainda a presença de determinantes da série de luminosidade: (L) em oito protocolos, (l) em 10 protocolos e (l') em 6 protocolos. Essa série diz respeito à reação emocional manifesta em diversos graus de objetividade, sendo L o índice de

maior maturidade psíquica. Os dados apontam reações emocionais latentes ao comportamento manifesto, que poderão se desenvolver mediante o trabalho terapêutico. Quanto ao determinante (L), relaciona-se à percepção de "olhos" nas figuras vistas (protocolos 1, 6, 7, 8, 13, 14 e 15), o que traduz preocupação do sujeito por se sentir observado e analisado, levando-o a agir com desconfiança. Nesses casos, a ansiedade tem natureza persecutória. O determinante (l) indica significativo desconforto afetivo-emocional permeando a relação do indivíduo com o ambiente, ou seja, o envolvimento emocional com o meio ambiente é permeado por sensações emocionais de insuficiência e carência afetiva. Em um terço dos protocolos, aparece o determinante (l'), que denota ansiedade disfórica como "pano de fundo" nas ligações do indivíduo com o meio – ele sente desconforto ansioso, mas não consegue objetivar essa sensação. A análise estatística revela vulnerabilidade ao choque à luminosidade (ChL), com fortes indícios de ansiedade difusa que desorganiza o trabalho mental sempre que o grupo social demanda iniciativa das mulheres alcoolistas.

Em 8 dos 15 protocolos, prevalecem as respostas de luminosidade sobre as de cor, revelando dificuldade em expressar o estado de ânimo experimentado no mundo interior. Pela análise dos (l), há tendência ao humor depressivo, com escassos recursos de representação psíquica.

2.2.5 – Tipo de apreensão perceptiva

prot.	mono Elab/R	color Elab/R	total Elab/R	mono T/R	color T/R	total T/R	mono Perc	color Perc	total Perc
1	0,8	3,2	2,2	53,8	42,9	47,3	G3	GE3 P	G1 GE3
2	0,8	0,8	0,8	38,3	46,7	42,5	G1 P	E1	G(P) E1
3	0,7	1,4	1,1	41,7	23,2	29,7	G3 E2 PG2	G1 P	G2 PG
4	1,3	1,3	1,3	31	60,5	45,8	G4	G p E	G3 p E
5	0,2	0,6	0,3	38,1	53	44,6	(G) P p3	G P p	G P p2
6	1,8	2,6	2,2	33,9	30	31,8	G2 p	G4 GE	G3 GE p
7	0,3	1,3	0,8	14	12	13	G1 (P)	G P	G2 (P)
8	1,8	0,9	1,2	45	21	27,9	G GE	P E	G P E
9	0,9	0	0,5	64,5	48,1	57,2	G P p	P2	G P p
10	0,9	1,7	1,4	46,3	38,7	41,3	G2 p	G P	G2(P p)
11	1,1	0,9	0,9	102	54	74	G1 P	P p	G P (p)
12	1,1	0,3	0,6	57,8	51	53,9	G3	P2	G P
13	0,4	0,8	0,6	60	43,6	50	G2 (P)	P E	G P E
14	0,9	1,4	1,2	51,1	29,6	38,4	G3 p PG	G2 p PG	G3 p PG
15	0,1	0,3	0,2	34,3	30,7	32,4	G P PG_1	(G) P E PG_1	G P E PG

Quanto aos índices Elab/R e T/R, que indicam respectivamente, capacidade de elaboração intelectual e ritmo de trabalho mental, não há diferenças significativas em relação à população considerada normal.

Os resultados relativos ao modo de distribuição da atenção no ambiente, expressos no Perc*, revelam aumento da %G em 11 protocolos nas pranchas monocromáticas, redução em 4 casos nas pranchas coloridas e, no cômputo geral, aumento em 7.

Verificamos redução da %P em 10 protocolos nas pranchas monocromáticas, redução em 4 casos nas pranchas coloridas e, no cômputo geral, redução em 8.

* O índice Perc traduz o modo de apreensão perceptiva dos dados da realidade externa e é calculado pelas modalidades (G ≅ 25%, P ≅ 60%, p ≅ 10%).

Quanto à %p, há redução em 10 protocolos e aumento em um nas pranchas monocromáticas. Nas pranchas coloridas, a redução da %p ocorre em 11 protocolos e, no cômputo geral, em 10.

Esses dados indicam uma tendência a se observarem os estímulos de modo genérico e superficial (%G↑), desconsiderando-se os elementos mais evidentes das situações (%P↓), bem como as particularidades dos fatos (%p↓), o que revela o desinteresse pelas solicitações práticas do dia-a-dia. Entretanto, nas situações de maior impacto afetivo, essa tendência não aparece.

Observamos ainda a presença das modalidades E, em cinco protocolos, PG, em três, e GE, em outros três. Essas modalidades não são esperadas e, quando surgem, devem ser interpretadas. Assim, verificam-se a observação de obstáculos (E), a tentativa de se integrarem os aspectos negativos das experiências (GE) e a tendência a se fazer uma leitura supergeneralizada da situação a partir de um único elemento (PG).

O tipo de apreensão perceptiva encontrado nas pranchas monocromáticas se assemelha aos achados de Bettarello (1992) e de Bergman e colaboradores (1998), descritos no item 4 do Capítulo I.

Verificamos também que, com exceção dos Sujeitos 2 e 6, as demais mulheres de nossa amostra apresentaram, na construção de suas respostas às pranchas de Rorschach, o incomum mecanismo de reação denominado *condensação*.

A condensação revela um tipo de ligação arbitrária e subjetiva entre os perceptos, caracterizada pela irracionalidade das associações, e indica alterações de algumas funções psíquicas, a saber:

- desvio do pensamento lógico e deficiência do juízo de realidade;
- seleção inadequada das reações e desencadeamento precipitado dos impulsos;
- prevalência dos nexos emocionais primários.

Além disso, os protocolos 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 15 revelam a presença do também incomum mecanismo de reação denominado *perplexidade*, ou a incapacidade de se interpretar um estímulo do ambiente sem consciência da deficiência dessa reação.

2.2.6 – Afetividade: o equilíbrio das forças subjetivas

prot.	Af	Imp	ChC	ChL	Harrower	Piotrowski	Eq	Eq'
1	1,5↑	0,5↑	5	10	5	0	3,0 : 3,0	3,5 : 3,0
2	5,8↑	0,1	8	5	7	3	1,0 : 0,5	2,0 : 0,5
3	1,8↑	0,4↑	5	10	9,5	3	1,0 : 1,0	2,5 : 1,0
4	1	0,7↑	7	7	4	4	1,0 : 1,0	1,5 : 1,0
5	0,8	0,4↑	3	4	3	2	1,0 : 2,5	1,5 : 2,5
6	1,2	0,4↑	7	6	5,5	2	2,0 : 3,0	7,0 : 3,0
7	1	0,2	3	6	7,5	4	2,0 : 0	1,0 : 1,5
8	2,5↑	0,4↑	7	10	7,5	2	0 : 2,0	2,0 : 2,0
9	0,8	0,6↑	2	3	5	3	0 : 0,5	8,0 : 0,5
10	1,9↑	0,5↑	3	10	7,5	3	1,0 : 2,5	4,0 : 2,5
11	1,4↑	0,3	5	4	4	1	5,0 : 1,0	6,5 : 4,0
12	1,3	1	5	5	5,5	2	1,0 : 3,0	6,0 : 3,0
13	1,6↑	0,3	5	7	7,5	3	1,0 : 3,0	2,5 : 3,0
14	1,4↑	0,4↑	4	9	11,5	1	0 : 0	3,0 : 0
15	1,1	1,5↑	2	5	3,5	5	0 : 5,5	4,0 : 5,5

A análise estatística não aponta diferença significativa entre os índices relacionados na tabela acima, mas se observa aumento dos índices de afetividade (Af), em 53,3% dos protocolos, e de impulsividade (Imp), em 66,6%, ou seja, alta suscetibilidade aos estímulos afetivos primários (sexual e agressivo = Imp) e sociais (Af).

Os índices Eq (M: ∑ RC) e Eq' (∑ RM: ∑ RC) traduzem o tipo de relação vivencial, podendo ser predominantemente extroversivo, introversivo, ambigual dilatado ou coartado. Eq diz respeito às tendências manifestas e Eq', às latentes.

Ainda na tabela acima, observa-se a predominância, no nível manifesto, do tipo vivencial coartado (RM e RC = 0, ou um em seis protocolos). Isso significa que se trata de indivíduos basicamente formais, que revelam desinteresse em estabelecer vínculos afetivos ou criações intelectuais. Por outro lado, em nível latente, 10 sujeitos apresentam tendência introversiva, ou seja, há um universo de fantasias que interferem significativamente nas concepções e condutas desses sujeitos, o que torna fundamental uma investigação mais minuciosa do campo fantasmático. Essa investigação é possível no Rorschach, pela análise do protocolo como um todo e mais diretamente através pela análise da série de movimento, especificamente dos determinantes m e m'. Abordaremos algumas dessas fantasias, em conjunto com a análise das entrevistas, no subitem 3.2.2.

3 – Apresentação dos casos a partir das alterações dos índices do Rorschach

Ilustraremos e procuraremos ampliar a compreensão das alterações surgidas nos índices do Rorschach, através da análise de fragmentos dos discursos[8] produzidos diante da insígnia: "Gostaria que você falasse sobre sua vida".

3.1 – RMI ↑ [(%A + %V + %F) ÷ 3] nas pranchas monocromáticas

Conforme vimos no subitem 2.2, houve aumento do índice RMI na amostra estudada, e essa alteração traduz uma submissão exagerada aos imperativos do ambiente nas situações de menor impacto afetivo e indica peculiaridades no modo de adaptação intelectual dessas mulheres à realidade externa, que merecem ser destacadas.

Segundo Silveira (1985, p. 206), o que se pretende aferir com o índice RMI "[...] é a aceitação das injunções que partem da realidade, não o sentido de realidade nem a integração nesta". Aceitar as exigências advindas do mundo externo requer um árduo processo de elaboração, tanto no sentido de domesticação das pulsões como no processo de incorporação e integração de elementos culturais externos.

Aceitar não significa submeter-se e nem resignar-se, mas concordar, admitir, acolher e reconhecer a importância daquilo que se apresenta. O aumento da %V que integra o índice RMI [esfera intelectual] indica que as alcoolistas ouvidas se submetem às normas e aos valores sociais, mas não os aceitam. O aumento da %A [esfera afetiva]

[8] Em virtude da má qualidade da gravação de três depoimentos, não apresentaremos exemplos dos discursos produzidos pelos sujeitos 10, 11 e 12.

revela tensão emocional no contato com o ambiente e uso de idéias corriqueiras como forma de dar vazão à pressão afetiva, um modo de escoar a energia interna através de um pensamento rápido, caracterizado pela mobilidade e pela plasticidade, mas pobre em conteúdo.

Para entender a alteração do índice RMI, observamos como se dá a adaptação à realidade externa, ou o ajuste das características subjetivas às solicitações do ambiente externo. Visando mostrar como ocorre esse processo, analisamos a primeira fala das entrevistadas depois da insígnia no contato interpessoal por meio de conceitos fundamentais da psicanálise, buscando aproximar essa leitura dos índices encontrados no exame de Rorschach.

Decidimos recortar, destacar e analisar a primeira fala das pacientes durante a entrevista, pois nesse ato o sujeito da enunciação (RM/RC/RL/RPs ≅ $) é instado a se adaptar à solicitação do entrevistador, e a forma (%F ≅ S_1) como o fará está presente no enunciado (conteúdo ≅ S_2), que revela o estilo relacional do sujeito. Pensando em termos lacanianos, poderíamos dizer que se trata de observar o posicionamento inicial do sujeito no aparelho de quatro patas e o giro discursivo (Lacan 1969-1970/1992). Pelo método de Rorschach, observa-se como o sujeito responde diante da Prancha I e as conexões subseqüentes.

Como veremos, o não saber e a dúvida são as formas predominantes dessas mulheres na tentativa de se adaptarem às solicitações do meio. Buscam se assegurar no outro/Outro para se posicionar, podendo se expressar ora pelo Discurso Histérico (momento discursivo em que se apresenta como enigma a ser desvendado pelo

Outro), ora pelo Discurso Universitário (em que supõe poder explicar e dominar a natureza, atribuindo à genética/ciência a fonte de seu mal-estar) e ora pelo Discurso do Mestre (pautado em informações objetivas e racionais sobre si mesma).

Sujeito 1

A entrevista aconteceu em julho de 2003, na clínica do psiquiatra que acompanha a paciente. Diante da insígnia, ela hesita e não sabe por onde começar:

> **$S_{(1)}$:** Hã... hã... por onde eu começo?... Eu não sei... Não sei [risos].

Em seguida, esclarece que é tímida, fechada e ninguém entra no seu *íntimo*:

> **$S_{(1)}$:** Eu falo com as pessoas, converso com as pessoas, até dou aula na faculdade, mas eu, assim, no íntimo, ali, ninguém entra!

Parece-nos evidente que esse *íntimo* se refere aos elementos de sua subjetividade ($). Se ela não fala desses elementos, qual o conteúdo possível de seu discurso, a não serem questões genéricas (%G ↑) e superficiais? Ela diz o que todos dizem (%V↑).

No final da frase citada, ela anuncia que *ninguém entra*. O que significa, para ela, *ninguém*? O que *entra*? Vejamos o trecho seguinte de seu discurso:

> **$S_{(1)}$:** Fiz análise anos e anos e anos e anos... E todos os analistas com quem eu fiz falavam: "Nossa! Você é uma coisa que é impenetrável. Você é uma pessoa muito difícil de conhecê-la." Sou advogada, gosto muito de estudar, essa coisa toda. Com exceção da minha mãe, da minha tia e de uma prima, todos os demais membros da minha família são alcoólatras. Meu pai morreu por alcoolismo.

Repete quatro vezes a palavra *anos*. Em português, a polifonia dessa palavra nos remete a *anus*. Em psicanálise, é uma zona erógena, fonte da pulsão anal. Toda pulsão visa à satisfação através de um objeto, evidenciando um modo de relação com esse objeto. Que objeto ela permite que *entre*? Que tipo de laço intersubjetivo é estabelecido?

Segundo o excerto, os analistas se referem a ela como *coisa/pessoa* e têm dificuldade de conhecê-la, considerando-a impenetrável. Paradoxalmente, na frase seguinte, ela apresenta três aspectos de seu eu: advogada, estudiosa e *coisa toda*. Em seguida, fala de três exceções (a mãe, a tia e uma prima), usa a expressão *todos os demais membros*, situando a palavra *membro* como *familiar*, adjetiva o substantivo *todos* como *alcoólatras* e traz o tema da morte do pai (Freud, 1912).

Difícil não significa impossível. Através da análise do Homem dos Ratos, Freud (1909) evidenciou os traços fundamentais da neurose obsessiva e Lacan (Nasio, 1993) indicou o fantasma dos obsessivos, a saber, a morte. Analisando a associação livre dessa mulher, verificamos que um dos predicados usados para se definir é *coisa toda* − ou seja, completa. Em seguida, exclui três mulheres dessa *coisa toda* — ou seja, *não-toda* — e apresenta o alcoolismo como uma característica de *todos*. Logo, podemos deduzir que há uma identificação com um estado de completude fornecido por *ser alcoólatra*. Ela diz que o que *entra é ninguém*, é invisível, é o fantasma, incorporado via consumo de álcool. Incorpora o significante *alcoolismo* — causa da morte do pai —, e dessa forma, supostamente, administra a própria morte.

A dificuldade de estabelecer trocas intersubjetivas e o distanciamento criado na relação com o outro também aparecem na prova de Rorschach, como, por exemplo, na resposta de movimento postural diante da Prancha I:

- *(v) Virada ao contrário, um samurai (G). Pés (P5), calças bufantes (P8), posição de pernas abertas como a gente vê nos filmes e o corpo aqui no meio (P4). Entra tudo, aqui (P2) seria parte da roupa (gestos), gordos, como nos filmes. Você viu a exposição da China? Estava linda. [Você vê a cabeça?] Deveria estar aqui em cima, fica difícil dizer; é mais pela posição, os pés, a roupa* (Sujeito 1, G M- postural H 1,0).

O movimento postural indica uma adaptação forçada, um empenho em mostrar algo que não corresponde àquilo que é vivido. A forma mal vista, indicada pelo sinal negativo (M-), traduz atitudes inadequadas e tendência a justificá-las racionalmente. Ela observa suas próprias atitudes e discorre sobre seu comportamento como se falasse de uma terceira pessoa. A pergunta dirigida ao examinador ("*você viu a exposição da China?*") revela uma tentativa de se distanciar da situação vivida.

A análise qualitativa do protocolo de Rorschach sugere que o distanciamento e a impenetrabilidade se ligam à necessidade de proteção, na medida em que a pessoa percebe sua inabilidade em compreender e dominar os próprios sentimentos (CF + l), preferindo não despertá-los, pois teme uma possível desorganização interna, decorrente da força de seus afetos (Imp↑). No entanto, a vida emocional não se dilui, muito menos desaparece e os componentes afetivos permanecem desconectados internamente, fazendo com que o trabalho mental da examinanda seja permeado por ansiedade difusa (ChL), que traz sentimentos de insegurança e necessidade de confirmação daquilo que já sabe (C').

Apega-se àquilo que lhe é familiar (%V↑ e %A↑), expressando-se preponderantemente através do Discurso Universitário.

Sujeito 2

A paciente foi entrevistada em junho de 2003. Era o 17º dia de sua terceira internação num hospital estadual. Demos-lhe as informações sobre a pesquisa e ela começou rapidamente seu discurso dizendo que ficara cinco meses internada num lar evangélico e, quando saiu, voltou a beber. Fez uma pausa, em que lhe demos a insígnia, para mostrar que buscávamos escutar sua história de vida, e tivemos como resposta o seguinte discurso:

> **$S_{(2)}$:** Ah! Eu... Minha vida, né? Não sei, minha vida... A pessoa que bebe, ela não vive, né? Ela vegeta. Porque eu comecei a beber com 21 anos, né? Foi na dieta da minha filha. Tive uma depressão... pós-parto. Então, eu me encontrei na bebida. Então, dali pra cá, eu não vivi mais, porque eu era uma pessoa feliz, né? Eu tinha tudo para ser feliz, eu tinha um bom marido, eu tinha uma casa, não me faltava nada.

Num tom melancólico, relata suas perdas. Inicialmente, anuncia que não sabe (%G) sobre sua própria vida e dá uma informação sobre a pessoa que bebe (%V): essa pessoa não vive, vegeta. Não ter vida psíquica, sentir-se morta é o ponto de ancoragem para falar sobre si mesma. Esse aspecto reapareceu no Rorschach, nas respostas de desvitalização do conteúdo humano e de anatomia mal vista.

A partir do genérico, ela encontra uma possibilidade de expressão do *eu*. Usa quatro vezes a partícula *né*, evidenciando a necessidade de um espaço temporal para situar

as próprias vivências e fazer conexões entre os fatos. No Rorschach, essa dificuldade de associar os fatos liga-se ao tipo vivencial coartado e à redução do índice Elab/R.

Através da contração da expressão *não é?* → *né*, endereça seu discurso ao outro/entrevistador, como se houvesse um acordo preestabelecido, ou seja, o outro supostamente saberia e concordaria com o que ela diz, havendo certa indiferenciação entre ela e seu interlocutor.

Retomando o conteúdo do discurso, podemos inferir, a partir do excerto, que o nascimento da filha tirou-a do estado de Nirvana [tensão = zero], e ela recorreu ao álcool para se encontrar, ou seja, para não sentir e permanecer *morta*. Associou *ser feliz* com o fato de ter um marido, ter uma casa e nada lhe faltar, ou seja, busca a felicidade na quietude (Freud, 1930). Ela não apresenta significados pessoais em relação a ter um companheiro e ter uma casa. *Não me faltava nada* – nessa frase, revela a raiz de suas dificuldades: faltava o *nada*, pois, para acessar o simbólico, é necessária a ausência e a falta é fundamental (Lacan, 1955-1956/1998).

Beber torna-se sinônimo de sua existência e, paradoxalmente, é um ato que ressignifica sua não-vida, ou seja, a morte. Esse elemento reaparece no conteúdo do seu delírio, como veremos no subitem 3.2.2.

Sujeito 3

Entrevistada durante o período de internação, apresentou um discurso ininterrupto e confuso (fala hemorrágica), em que relatava detalhes ocorridos há mais de 15 anos, e

trazia como tema central a problemática em relação a sua origem: quem é o seu pai, sendo sua mãe uma alcoolista?

> **$S_{(3)}$:** Minha depressão começou quando eu estava com 16 anos... 15... Aí, meu pai foi embora de casa, e depois eu descobri que ele, o meu padrasto... Agora não sei mais se ele é meu pai, que ele me registrou com o nome dele e tudo, né? Segundo a família dele e da minha mãe, disse que não, diz que minha mãe bebe.

Diante da insígnia, ela respondeu dando informações sobre sua vida a partir do significante *minha depressão* (R↓, %F↓). Pontuou o início de seus problemas a partir de um dado cronológico (15 ou 16 anos) e, fundamentalmente, após o afastamento do *pai* para fora de sua *casa*. Em seguida, disse que os elementos de que dispõe — o registro do nome e o dizer da família — são insuficientes para saber identificar seu pai.

Em termos psíquicos, podemos pensar esse afastamento do *pai* como a ausência de uma função organizadora que lhe dê parâmetros, e a *casa* referida pode ser entendida como seu próprio psiquismo, tratando-se, portanto, da ausência da inscrição do significante Nome do Pai (Lacan, 1955-1956/1988), o que nos remete à estrutura psicótica. Essa conclusão é corroborada pela configuração dos índices do protocolo de Rorschach e pela presença de choque à luminosidade (índice de ansiedade profunda, sem estabelecimento de nexos associativos), sobreposição de imagens, condensações e sinais psicógenos da série de Harrower (sobreposição de sintomas).

Sujeito 4

Essa paciente foi entrevistada em 2003, durante sua internação num hospital público estadual. Ela responde à insígnia da seguinte forma:

> **$S_{(4)}$:** Bom, a minha vida sempre foi... Tive uma infância muito boa. Sou filha única, né? Então, minha mãe sempre cuidou de mim. Eu estudei muito, porque eu queria ser professora e eu consegui. Agora, o problema é que na minha família há muitos casos de alcoolismo. Tenho dois tios: um já faleceu, o outro, ainda não. Ainda não [risos]. Não. Um primo, que foi campeão sul-americano de boxe. Ele era o primeiro no *ranking* mundial e morreu de cirrose. Mas eu nunca vi um caso como o meu, na minha família. Porque, simplesmente, quando eu começo a beber, eu não paro.

A primeira frase baseou-se numa informação genérica (%G) e freqüentemente utilizada (%A e %V) para descrever o período de vida relacionado à infância. Em seguida, relatou que a vida *foi,* ou seja, pertence ao passado e, supostamente, acabou. O que teria acabado?

Analisando a frase seguinte, vemos que ela associou a impressão de ter uma infância muito boa ao fato de ser filha única, ou seja, de não precisar dividir a atenção da mãe. Ser única e especial aparece novamente no fim do excerto, ao se referir a seu alcoolismo: *nunca vi um caso como o meu, na minha família*. Parece necessário manter a idéia de ser única e exclusiva. Afirmou, com orgulho, que conseguiu o que queria — estudou e conseguiu ser professora. Percebeu, no ato da fala, o uso do advérbio *ainda* e riu, demonstrando que captou algo. Verificamos aí a valorização do eu, da astúcia e da perspicácia. E, possivelmente, para manter intacto o próprio narcisismo, ela não estabelece relação causal entre as vivências psíquicas e o próprio alcoolismo, revelando uma dissociação psíquica. Considera a causa dos problemas

exterior a si — o problema é a família, mais especificamente, os homens alcoolistas de sua família.

A tentativa de se pautar em elementos objetivos e, ao mesmo tempo, evitar o contato com os próprios afetos também aparecem no protocolo de Rorschach, nas respostas globais imediatas (G↑), na tendência das respostas de movimento, que indicam repressão das fantasias, no tipo vivencial coartado e no uso excessivo do mecanismo inusual de reação denominado *simetria*, pelo qual se busca descrever a igualdade dos lados da figura. No entanto, ela não logra êxito nessa tentativa e chora ao associar livremente diante das Pranchas VIII e X. A percepção da cor não integrada na resposta, aliada à construção da imagem de duas mãos (p22) que ajudam os animais (P8) a subirem na árvore (Prancha VIII), despertam sentimentos não elaborados e ela tenta negar suas necessidades afetivas.

Sujeito 5

Abstinente há quatro anos, a paciente aceitou participar da pesquisa e começou sua fala da seguinte forma:

> **$S_{(5)}$:** Eu sou alcoólatra. Não sei se o doutor já passou para você alguma coisa, a gente não sabe. Faz quatro anos que eu estou com ele, que eu faço terapia, tudo. Então, minha vida mudou, assim, da água para o vinho, né?
> **E:** Mudou?
> **$S_{(5)}$:** De quatro anos pra cá. Então, as conquistas que eu tenho são grandes, mas as cobranças são muitas, agora da minha parte, que eu cobro muito as coisas, inclusive do meu marido, porque nós temos problemas em decorrência do meu alcoolismo, entendeu?

A paciente reduziu significativamente a concepção sobre si mesma – *sou alcoólatra* – (%G, %A) e fez girar seu discurso em torno desse significante. Em seguida, introduziu a figura do médico que, supostamente, teria *passado* algo para o entrevistador e ela teria sido excluída dessa cena — *a gente não sabe* —, evoca a noção de grupo (%V), embutida no significante *a gente*, para asseverar seu não saber. Desde o princípio, apareceu esse elemento de desconfiança e incerteza sobre o que teria ocorrido na sua ausência. Usou o fator temporal e o fato de fazer terapia para se assegurar de que *está com ele*.

No encadeamento discursivo, o *vinho* aparece como o resultado de uma mudança — *da água para o vinho* —, indicando temporalmente que o encontro com o doutor foi o ponto de partida para a possibilidade de transformação. Agora, a vida dela é *vinho,* ou seja, ela pode se identificar com o significante *alcoólatra*, sendo esta, possivelmente, uma das suas *conquistas*. Agora, ela pode se revestir ou esconder algo (a desconfiança, a angústia persecutória) sob esse significante; construindo, assim, mais uma camada/casca da cebola. Há também uma outra conquista: um outro/terapeuta que a escuta, mas essas conquistas despertaram-lhe a possibilidade da perda (só perde quem tem), e ela se tornou mais exigente: há *cobranças* na lógica fálica (identificação com o lado Homem da fórmula da sexuação). Evidentemente, ela deve pagar as consultas, mas, além disso, há uma cobrança interna. Numa linguagem psicanalítica, diríamos que o superego tornou-se mais feroz, ela precisa pagar uma dívida simbólica, devendo se remeter ao Pai. Conforme nos ensina Lacan (1960/1997, p.216), “Todo exercício de gozo comporta algo que se inscreve no livro da dívida na Lei. [...] todo aquele que se aplica a submeter-se à lei moral sempre vê reforçarem as exigências, sempre mais minuciosas, mais cruéis de seu superego”.

Na interrogação que encerra o excerto, podemos observar um deslocamento da situação conflitiva, e o alcoolismo se transformou na causa (álcool = a) de suas dificuldades conjugais. Ela endereçou ao outro/entrevistador a possibilidade de compreensão sobre que está ocorrendo com ela: *entendeu?* Sim, a reivindicação histérica está sendo camuflada sob a pele do alcoolismo, e temos aí um exemplo da patoplastia do sintoma.

Sujeito 6

O psiquiatra encaminhou essa paciente para a pesquisa e, mais especificamente, para realização da prova de Rorschach como forma de evidenciar para a paciente a necessidade do tratamento. Após 15 dias de internação numa clínica particular, ocorreu o seguinte diálogo durante a entrevista:

> **E:** Gostaria que você falasse sobre sua vida.
> **$S_{(6)}$:** O quê?
> **E:** O que você quiser. Conte um pouco sobre você, sobre quem é você.
> **$S_{(6)}$:** Eu sou eu [silêncio]. Você quer que eu fale o quê? Como eu sou? O que eu sou?
> **E:** Gostaria que você falasse sobre sua vida, sua história. Como chegou até aqui, por exemplo?
> **$S_{(6)}$:** Como eu cheguei aqui? Comecei a beber e me internaram. Você quer saber sobre isso?

A paciente respondeu à insígnia com uma pergunta direta, demonstrando querer saber especificamente o que dela interessava ao entrevistador e, ao mesmo tempo, uma dúvida. A dúvida é um dos mecanismos presentes na neurose e revela a ambivalência do sujeito diante dos impulsos (vida e morte) que adquirem possibilidades de expressão via fantasia. Estas poderão ter acesso à consciência, se o

conteúdo for suportável para o sujeito; caso contrário, entrarão em cena as defesas psíquicas, e o resultado será uma solução de compromisso, ou seja, o sintoma tratável.

Diante do afunilamento oferecido vida/você, mascarado por uma suposta liberdade enunciada no início da sentença *o que quiser*, a paciente respondeu de forma vazia (Perc = G_2 p e $\%F^+ = 100$), em tom de arrogante (*eu sou eu*). Sobrepondo os termos (eu = eu) e fazendo desaparecer o verbo ser, mostra a preponderância do eu e o desejo de não revelar sua interioridade (Lambda↑) e, ao mesmo tempo, revela uma identidade narcísica, um sobre-investimento do eu. Fez uma pausa e perguntou novamente, demonstrando interesse em inverter a situação pesquisador/sujeito e supostamente investigando ou desafiando o entrevistador. Vê-se que ela estabeleceu uma relação de luta com o outro/pesquisador. O tom arrogante de seu modo de falar e, em última instância, sua voz — um dos objetos parciais elucidados por Lacan (1962-1963/2005) — evidenciam o gozo fálico: vencer e/ou ser a melhor.

Podemos inferir transferencialmente que o ato de beber representa um desafio aos demais, tornando suas relações interpessoais cada vez mais difíceis, a ponto de ser necessária uma interdição externa real — a internação.

Sujeito 7

A paciente se submeteu a cirurgia bariátrica em 1999 e eliminou 85 quilos. Em 2003, estava internada numa clínica particular, devido ao uso excessivo de bebida alcoólica. A entrevista aconteceu no décimo dia desta internação. Diante da insígnia "gostaria que você falasse sobre sua vida, contasse sua história", respondeu:

> **$S_{(7)}$:** Vichi! Nem eu sei, né? De que lado?
> **E:** O que quiser.
> **$S_{(7)}$:** Não, assim, de infância, de agora, porque eu estou aqui [silêncio]. Tive a infância normal, comum, família grande, cinco irmãos [silêncio].

No excerto, podemos verificar que a paciente emitiu uma expressão de perplexidade, apelou para o não saber (%A) sobre si e pediu um direcionamento (%V): *de que lado?* Diante da nova abertura do entrevistador, ela reduziu suas possibilidades de expressão, ao falar *não*, e distinguiu basicamente dois períodos/lados da sua vida: a infância e agora, enfatizando o fato de *estar aqui*. Apresentou quatro informações sobre o período da infância, de forma seccionada e não relacionada (%G): infância normal/comum/família grande/cinco irmãos. Em relação à infância, indicou ainda que teria sido *normal, comum*; adjetivou o termo "família" com a palavra *grande* e especificou o número de irmãos – cinco. Depois silenciou, como se tudo já tivesse sido explicado por essas palavras aparentemente soltas.

É interessante notar que os termos "obesidade/excesso de gordura no organismo" estão relacionados coloquialmente às palavras "grande/gordo", que se refere à primeira queixa dessa mulher, dirigida à Ciência. Esta lhe ofereceu a possibilidade de eliminar o excesso de gordura por meio da cirurgia bariátrica. Eliminou-se a gordura, mas não o excesso, que reapareceu de outra forma — agora, sob o significante alcoolismo: o excesso de beber.

Como se processou esse deslocamento comer ⇔ beber? Por que o apelo ao álcool? Por que a escolha desse objeto? No subitem 3.2.2, essas perguntas serão respondidas por meio de exemplos.

Sujeito 8

A entrevista foi realizada no trigésimo quinto dia de internação numa clínica particular na cidade de São Paulo. A paciente estava com a perna engessada e andava apoiada numa bengala. Respondeu à insígnia da seguinte forma:

> **$S_{(8)}$:** Bom, você sabe que, quando a gente chega numa clínica, é porque a gente está pedindo ajuda, mesmo. Quando a gente não agüenta mais, quando a gente vê que não tem esperança, que você está no fundo do poço. Então, eu acho que você procura ajuda, sabe? As pessoas vêem numa clínica e assim... assim... no limite. Então, eu procurei a clínica. Meu pai – ah! – é alcoólatra. Há três anos, ele esteve aqui; então, eu sou filha, sou co-dependente de pai, né? Porque ele é alcoólatra e eu também, dependente química, ta? Então, eu sou bem forte, meu traço de alcoolismo é super-forte, e minha vida... E desde a infância que você quer saber?

A primeira palavra usada foi um adjetivo, e poderíamos compreender esse dito como: ela considera *bom* falar sobre si própria ou simplesmente trata-se de um modo corriqueiro (%V) de começar um pensamento em português e estabelecer contato. Em seguida, atribuiu um suposto saber ao entrevistador e falou sobre si mesma evocando o termo *gente* e pedindo ajuda de um modo vago e impreciso (%G). Incluiu-se no agrupamento *gente* para dizer que *não agüenta* e para dizer que *não vê esperança.* Usou a terceira pessoa do singular, fazendo um afunilamento (*gente* → *você*), situando-se no *fundo do poço*. Desdobrou-se em *eu/você* no ato de procurar ajuda e disse que as pessoas procuram ajuda *no limite.* Foi nessa condição de limite

que ela introduziu a primeira pessoa do singular e procurou a *clínica*. Aparentemente, estaria sozinha nesse ato, mas de repente se lembrou: *meu pai*. Faz uma exclamação e traz à tona o tema do alcoolismo, fazendo a equação pai = alcoólatra. Identifica-se com a dependência química paterna e com o significante *forte*, posicionando-se a partir do Discurso Histérico e revelando a força do gozo fálico.

Sujeito 9

Depois de 81 dias de internação numa clínica particular, em 2002, a paciente continuava em tratamento com seu psiquiatra e não freqüentava mais as salas de AA, NE ou NA. Durante a entrevista, realizada em abril de 2003, respondeu à insígnia da seguinte forma:

> **$S_{(9)}$:** Tá, a partir de quando comecei a beber ou tudo, no geral? Diz o que você quer saber, também [risos]. História tem de sobra. Agora, de onde você quer?
> **E:** Eu gostaria de saber de modo geral e também sobre a bebida.
> **$S_{(9)}$:** Tá. Olha, assim... Tenho 37 anos e... eu... vou contar a minha história escolar primeiro. Bom, fiz até o 2º científico e sempre fiz balé, desde os 7 anos de idade. Meu sonho era ser bailarina. Hum... bailarina clássica. Aí, comecei a... balé e daí, depois do 2º científico, eu resolvi que queria ser bailarina mesmo, não queria mais de di... Meu pai era médico. Aí, ai fiz um teste pra... Aí, comecei a fazer uns testes de...

Num primeiro momento, tenta mostrar segurança de saber responder ao que foi perguntado (*Tá*), mas logo surge uma dúvida e o pedido de um direcionamento (%V). A dúvida foi expressa por duas possibilidades: *beber* ou *tudo* (%G). O conectivo lógico *ou* se relaciona à primeira operação de causação do sujeito

decorrente da alienação: *beber é tudo*. A partir desse momento discursivo, uma escolha deve ser processada – o que está em jogo neste é a dependência do sujeito para com o Outro. Segundo Lacan (1964/1993), o único modo de transpor a alienação é pela criação de uma intersecção, um espaço, um vazio que possibilite a movimentação. Curiosamente, a paciente comunicou que história *sobra* (*a*) e se reportou ao desejo do entrevistador. Em seguida, decidiu falar sobre sua história escolar e sobre seu sonho de ser bailarina clássica, impedido pelo pai. No subitem 3.2.2, veremos como esse impedimento não elaborado constituirá o início do *beber*.

Sujeito 13

Internada numa clínica particular no ano de 2006, via resgate, a paciente aceitou participar da pesquisa. A entrevista ocorreu no décimo dia de internação, e o seguinte discurso fora proferido após a insígnia:

> **$S_{(13)}$:** De que jeito? Da minha vida desde a infância, ah... De agora?
> **E:** Do jeito que você quiser.
> **$S_{(13)}$:** Do jeito que eu quiser. Bom, eu sou de uma infância de classe média, com pai dentista e mãe professora, dois irmãos. [pausa] Sempre gostei muito de ler, desde pequena. Cresci, me tornei advogada, casei, tive uma filha, o casamento não deu certo. Foi um casamento assim... muito conturbado, porque eu queria me separar, e ele não queria, naquela época. Então, eu sofri muito para conseguir estabilizar, ter um grau de amizade com... porque a gente tinha uma filha em comum, então, foi muito difícil. Atualmente, nesse sentido está tranqüilo, mas, até chegar lá, foi difícil. Ah... relacionamento bom com pessoas. [pausa]

O início da fala ocorreu a partir da enunciação de uma dúvida, seguida pela introdução de duas possibilidades (*infância* ou *agora*) endereçadas ao entrevistador. Após repetir a frase dita pelo entrevistador, disse *bom*, evidenciando que é bom

poder falar do que quiser. Escolheu falar sobre a infância e a constituição familiar, apresentando-se formalmente (%F; %V) através de dados objetivos. Um aspecto que chama atenção é o tempo verbal empregado, ao se referir a infância: *sou de uma infância*. Usou o presente contínuo, supostamente indicando um período que ainda não terminou.

Interrompeu a apresentação de uma seqüência de fatos — supostamente tranqüilos — com a introdução de um casamento que não deu certo, deixando transparecer uma tentativa de evidenciar que o problema era "ele". Reforçou essa idéia ao afirmar que tem relacionamento bom com as pessoas, ou seja, revela dificuldade em assumir sua cota de responsabilidade diante dos problemas e projeta os aspectos indesejáveis de seu psiquismo no outro.

A análise da configuração dos índices de Rorschach, a seqüência das respostas e os mecanismos inusuais presentes (negação da cor, lian, condensação, liberação de resposta) também revelaram tendência da examinanda a fugir dos problemas que o ambiente externo apresenta. Ela observa os elementos mais evidentes das situações (P) sob uma perspectiva negativista (E), atendo-se àquilo que perdeu ou supostamente lhe "tiraram".

Sujeito 14

A entrevista ocorreu em 2006, durante o período de internação, tendo a própria paciente procurado esse tipo de intervenção médica. Após a insígnia, ela disse:

> **$S_{(14)}$:** De mim? Mas que aspecto, doutora? Da minha vida de adulta, infantil, dos problemas atuais?

> **E:** Do jeito que você quiser.
> **$S_{(14)}$:** Do jeito que eu quiser. [pausa] Deixe-me pegar um lenço [começa a chorar]. Eu venho de uma família... muito amorosa, muito. Eu não tive família do lado da minha mãe [palavra inaudível], só tinha irmãos. Os irmãos foram tomando seus caminhos, e perdi o meu avô muito cedinho, também. Então, eu tive, como base de família, a família do meu pai. O meu pai... ele teve tudo... carinho, acho por eu ser caçula... apesar de que eu nasci numa época que – coitado – ele estava com a parte financeira terrível. Ele superou tudo, teve força para superar; agora, tem um fato da minha infância que eu nunca me esqueci. Eu era uma criança muito levada, muito travessa e a mais sem-vergonha, entre aspas, no que diz respeito à intimidade com o pai [...].

Após uma exclamação, apresentou uma dúvida e três possibilidades de início discursivo, num tom racional e eloqüente, mas não conseguiu manter a postura formal (%F) e chorou ao evidenciar a importância da família de origem em sua vida.

No exame de Rorschach, também foi revelada a mudança repentina de comportamento, como ocorreu no início do excerto. Analisando a seqüência das associações, observamos um esforço para manter uma postura formal (%F) e socialmente educada (%V) como, por exemplo, na Prancha I: após emitir a seguinte resposta "*(^) Um pássaro voando ou uma borboleta*", ela retirou a idéia de movimento animal implícito no *voando* ao explicar, durante a fase de inquérito, que sua resposta pautou-se na forma das asas. Ou seja, ela retirou o determinante da série movimento (m+) que traduziria uma possibilidade de assumir as fantasias e o substituiu pela forma (%F), indicando uma tentativa de enquadrar suas vivências.

Voltando ao trecho citado, observamos que a alteração na forma discursiva ocorreu mediante a introdução de sua origem (*eu venho*), de sua história familiar. Ou seja, algo da infância permanece atuante em seu psiquismo, sendo o germe dos conflitos atuais. Qual seria o aspecto conflitivo vivido na infância? Estaria o uso do álcool relacionado a esse conflito?

Observamos que ela começou a delimitar essas questões ao situar o aspecto amoroso advindo da família paterna, de que o pai era a figura referencial, e deixou emergir o fato nunca esquecido: *a intimidade com o pai.* Isso nos remete à fantasia do incesto como núcleo dos conflitos neuróticos. Por ora, guardemos essa informação para tentar, no subitem 3.2.2, verificar como se processou a entrada do uso do álcool na vida dessa mulher e como poderia estar ligado às suas fantasias.

Sujeito 15

Após 15 dias de internação para tratar de problemas orgânicos decorrentes da dependência do álcool, procurou uma clínica particular especializada nesse problema. A entrevista aconteceu no oitavo dia de internação nessa clínica, no ano de 2006. Após a insígnia, ocorre a seguinte cena discursiva:

> [Tira a bala da boca e faz um gesto como se pedisse para o entrevistador pegar a bala. O entrevistador aponta o lixo para ela.]
> **$S_{(15)}$:** O que você gostaria que eu dissesse?
> **E:** Gostaria que você falasse sobre você, sobre sua vida.
> **$S_{(15)}$:** Eu estou tentando entender a minha vida – se ela está do avesso, se está de ponta-cabeça, se está de lado. [pausa] Estou ainda meio... como é que posso dizer? Perdida. [pausa] Então, eu tinha, assim, a bebida. É... a minha doença – que é uma doença, né? – é o alcoolismo, não é de hoje. Mas o que me afetou, de dois anos para trás, foi a perda da minha mãe. Então, não era só a minha

> mãe – minha mãe, minha amiga, que você discute, uma hora você está brava, outra hora você está rindo, outra hora você está tomando mais uma cerveja, mais um uísque [...].

Respondeu à solicitação do entrevistador com um gesto que poderia ser traduzido da seguinte maneira: "aquilo que está na minha boca, eu ofereço a você". Nesse gesto, está implícito um não saber o que fazer com o que tem dentro de si mesma e uma espécie de indiferenciação entre ela e o outro – no caso, o entrevistador. Em seguida, coloca-se à mercê do outro/entrevistador (m').

No momento do redirecionamento da questão, quando ela poderia falar do que quisesse, respondeu de modo concreto. Disse estar perdida e anunciou que tinha a bebida como referencial. A indiscriminação eu/outro reapareceu quando ela falou sobre a perda da mãe, momento discursivo no qual a representação psíquica do ato de beber e da mãe ocupam o mesmo cenário psíquico e parecem se fundir: perdeu a bebida, perdeu a mãe e possivelmente ainda não sabe sobre si mesma.

A localização temporal dos fatos apareceu no discurso de forma confusa e imprecisa. Aquilo que ela disse ser um marco — a morte da mãe — a teria afetado num sentido regressivo: *de dois anos para trás*. No final do excerto, estabeleceu uma relação direta entre a importância da relação com a mãe e o ato de beber.

A mãe é considerada mais do que mãe, presente nas diversas situações de sua vida, do mesmo modo que o álcool. Há aí uma equiparação e até mesmo certa indiferenciação entre os significantes *mãe* e *álcool*.

A desorganização mental, a perturbação dos processos de pensamento e a falta de noção sobre si mesma apareceram no protocolo de Rorschach nas respostas de fragmentação da imagem corporal, condensações, rigidez superegóica, ausência de resposta de movimento humano, análise do índice Perc e da seqüência de respostas.

Há comprometimento da atenção, rápida fluidez das imagens mentais e pouca apropriação de um significado propriamente dito. A presença de sinais da série de Piotrowski sugere alterações neurológicas que concorrem para a desorganização mental vivida pela examinanda.

A análise dos casos apresentados evidencia a heterogeneidade da amostra em estudo. O modo de adaptação à realidade externa varia de acordo com a estrutura psíquica de cada sujeito, daí a riqueza fenomenológica do alcoolismo feminino.

No entanto, de modo geral, as alcoolistas começam seu discurso a partir do não saber, buscando no entrevistador um ponto de ancoragem. Poder-se-ia argumentar que se trata de uma situação de pesquisa que já propõe um enquadre, ou seja, esse tipo de posicionamento inicial do entrevistado seria esperado, o que evidenciaria certa submissão do sujeito à estrutura discursiva. No entanto, ao tentar situar a dependência de álcool articulada à própria história, prevalece o não saber, atribuindo-se o alcoolismo a causas genéticas. Ou seja, entra em cena o Discurso Universitário, o sujeito se exclui do conflito adotando uma linguagem teórica, falando daquilo que aprendeu sobre as pessoas que bebem. O discurso manifesto não é fruto de reflexão pessoal, mas repetição do saber universitário, o que dificulta a superação do sintoma, na medida em que reforça a exclusão do sujeito.

3.2 – Conação ↓ [Con = $\%F^{+} - (100 - \%F)$] e Lambda ↑ [$\lambda = (R - F) \div F$] nas pranchas policromáticas

Nessa categoria, pretendem-se evidenciar as construções fantasmáticas que alicerçam o sintoma — dependência de álcool —, tendo em vista que a diminuição do índice conação significa diminuição do uso de mecanismos formais (%F) e a possibilidade de entrada de outros determinantes psíquicos (cor, luminosidade, perspectiva ou terceira dimensão e movimento).

Como vimos no subitem 2.2.4, há preponderância do uso de determinantes psíquicos primários (níveis 3 e 2 – menor participação de critérios objetivos), ligados à invasão das fantasias. Procuraremos mostrar, através de fragmentos do discurso de mulheres alcoolistas e das respostas fornecidas no Rorschach, o modo pelo qual essas fantasias (m/m') aparecem e perturbam a vida mental dessas mulheres.

Vale a pena lembrar que a matéria-prima para a montagem da fantasia são as pulsões ou os afetos primários, segundo a nomenclatura de Silveira (1985). Diante da demanda do Outro ($ ◊ D), é criado o fantasma ($ ◊ a) (Lacan, 1957-1958/1999).

Pudemos verificar, entre as mulheres dependentes de álcool, o uso preponderante do mecanismo de *negação*. Conforme nos ensina Freud (1925/1976, p.296):

> A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que está reprimido. Podemos ver aqui como a função intelectual está separada do processo afetivo.

A negação dificulta uma representação psíquica consciente da energia psíquica (libido), ficando esta à disposição do processo primário do funcionamento mental, onde imperam o princípio do prazer e as leis do inconsciente.

Segundo Freud (1925/1976, p.300), "[...] a negativa — o sucessor da expulsão — pertence ao instinto de destruição". Assim, seria plausível supor a presença de elementos pertencentes ao instinto de destruição, ligados à pulsão de morte, na fantasia das mulheres estudadas.

A energia psíquica ou os afetos, não tendo acesso ao simbólico, devido ao uso do mecanismo de negação, possibilita a formação das fantasias inconscientes. Assim, essas mulheres falam das *idéias* evocadas a partir das imagens e de suas reminiscências, mas sem afeto, sem sentir, pois não associam essas idéias a sua própria vivência, sendo um dos trabalhos da análise vencer/mitigar/superar a dissociação psíquica. Conforme o ensinamento freudiano citado, o campo afetivo e o intelectual estão dissociados.

3.2.1 – A negação

No Rorschach, esse mecanismo apareceu em comentários como:

- *Gozado esse vermelho, não consigo associar nada com isso. Para a imagem do anjo, esse vermelho não combina* (Sujeito 5, Prancha II).
- *Está vermelho aí, mas é a pintura* (Sujeito 7, Prancha II).
- *Esse borrão vermelho não significa nada. Esse tipo de teste não retrata a minha personalidade* (Sujeito 7, Prancha III).
- *O vermelho não dá significado nenhum* (Sujeito 10, Prancha III).

- *O vermelho não significa nada. Desconsidero, não acho importante* (Sujeito 13, Prancha III).

E apareceu também como mecanismo inusual de reação. Nesse caso, a construção da resposta se baseia na cor do estímulo, mas o examinando nega essa percepção e dá uma resposta que exclui esse determinante. Exemplificando:

- *(v) Como se chama aquela árvore que dá no sul? Árvore que dá pinhão? Ela é bem assim, porque ela é comprida (P5) assim e, em cima, é bem cheinha (P6), recortadinha, do jeito que está aqui.* [Foi-lhe apresentada a folha de localização, que contém miniaturas dos borrões de tinta em preto e branco.] *Assim não, assim parece o Clóvis Bornay* (Sujeito 5, Prancha IX: P F+ bt 2,5 – negação da cor).
- *Isso é uma máscara, baile de carnaval (Inquérito). É tudo, (P1) enfeite, (P11) pauzinho para segurar. Lugar dos olhos. O resto é enfeite, adereço.* [Mostrada folha de localização]. *Não sei, parece outra coisa* (Sujeito 7, Prancha X: G F- pH 5,5 – negação da cor).

Por esses exemplos, vemos que a percepção do estímulo colorido não é integrada ao trabalho mental de elaboração, ficando prejudicada a possibilidade de expressão dos sentimentos.

No discurso, verificamos a negação do afeto através de frases como:

- *[...] a família, para mim, não faz falta* (Sujeito 2).
- *[...] tive uma infância normal, comum* (Sujeitos 4 e 7).
- *[...] Isso aí [*morte do pai*], eu não queria falar, acho que não tem nada a ver* (Sujeito 13).

Percebe-se aí a tentativa de desconsiderar a importância da singularidade das experiências afetivas; esvazia-se o particular de cada situação negando-se as possibilidades de conexões afetivas.

3.2.2 – A devastação das fantasias na vida psíquica

Pelo conteúdo das respostas (m/m'), observamos que a maioria das fantasias das mulheres aqui em estudo tem tonalidade destrutiva, e algumas delas apareceram explicitamente no discurso, ao relatarem os momentos delirantes/alucinatórios vividos no período de abstinência.

Essas fantasias parecem estar relacionadas a algo muito primitivo, no sentido de se apoiarem no instinto nutritivo ligado à dependência vital e à sobrevivência que evoca o fantasma da morte.

É interessante pensar sobre a afirmação freudiana de que a civilização se sustenta em três proibições (canibalismo, parricídio e incesto), pois, nesta pesquisa, verificamos a presença de fantasias relacionadas a essas questões, evidenciando a não aceitação e não elaboração desses marcos limitadores. Ou seja, elas teriam dificuldade de aceitar a ordem da civilização regida pelo gozo fálico, como articulam Nogueira Filho (1999) e Santiago (2001), ao elaborar idéias a partir da afirmação lacaniana de que a droga permite romper o casamento com o faz-xixi, ou seja, com o falo.

Fantasia do corpo despedaçado

Segundo Lacan (1960-1961/1992, p.215), a fantasia de despedaçamento "[...] é realmente a fantasia mais fundamental, a mais difundida nas origens de todas as relações do homem com sua somática".

No discurso, essa fantasia pôde ser deduzida ao se verificar uma espécie de necessidade de repetir o mesmo conteúdo discursivo, voltar ao mesmo ponto, como se se estivessem contornando as partes/pedaços sem conseguir uni-las.

O Sujeito 1 usou mais de 30 minutos da entrevista relatando em detalhes as cenas delirantes vividas durante a abstinência, focalizou os efeitos do álcool sobre seu organismo e pôs essas vivências no centro de seu discurso, minimizando os significados afetivos de suas relações interpessoais. O Sujeito 2 repetiu em seu discurso aquilo que aprendeu nas salas de AA sobre o alcoolismo, fazendo uma transposição direta das características do alcoolista para suas próprias insígnias, sem relacionar esses aspectos a sua história de vida. O Sujeito 3 apresentou um discurso confuso — no qual reproduzia as falas de diferentes pessoas, ocorridas havia mais de 15 anos —, ao tentar relatar um episódio de abuso sexual por parte do padrasto. Falou ininterruptamente sobre isso durante quarenta minutos – falava como se fosse uma máquina, como se aquilo que dizia não repercutisse emocionalmente e não tivesse sentido algum para ela. O Sujeito 15 relatou alguns fatos como se expelisse fragmentos desconexos, sem conseguir atribuir significados a suas experiências de vida.

No Rorschach, apareceram respostas de fragmentação (Sujeitos 13 e 15) e de anatomia mal vista permeada pelo pensamento mágico (Pos) e por condensações (Sujeitos 2 e 3).

Vejamos, por exemplo, algumas respostas do Sujeito 15 durante a aplicação do Rorschach:

Prancha I

- *Urso: (P2) olhinhos pequenos (L), orelha onde estão segurando ele, como se estivesse sendo balançado. A posição das pernas: uma esticada (P2) e a outra (P5) apoiada no chão. Aqui (P2 outro lado), outro bicho, mais para elefante, outro que tem chifre (P8), pesado, duas patas, corpo, unicórnio, e ele está olhando para o seu lado (L). Só* (Sujeito 15, P2 F+ (L) A – fragmentação corporal, persecutoriedade).

Vê-se aí uma tentativa de construir a resposta a partir dos aspectos formais, mas a ansiedade persecutória (L + olho) despertada pela fragmentação interna dificulta o trabalho mental, e temos como resultado de sua comunicação partes corporais juntadas de modo arbitrário, não havendo participação do juízo crítico. Observamos também a atribuição de uma força que estaria balançando essa imagem e, conseqüentemente, levando a essa configuração perceptiva. Ou seja, a examinanda se sente à mercê de forças que atuam sobre ela.

Na Prancha III, aparece novamente a fragmentação:

- *(^) Aqui parecem* duas pessoas*, apenas uma perna cada uma, faltando uma perna. Numa, falta a perna direita; na outra, a esquerda. Pessoa sem perna (P2). Duas mulheres sem perna, as duas de saia. Só* (Sujeito 15, P2 F+ H – fragmentação).

Nessa resposta, a figura feminina aparece mutilada, faltando-lhe um dos membros, o que evidencia uma péssima representação de si mesma e indica a presença de sentimentos de inferioridade e déficit narcísico.

Na Prancha X, observa-se a eclosão do sentimento de impotência:

- *(^) As mais lindas você deixou para o final, depois de tanto cinza. Vejo uma luminária colorida, um lustre bonito. Cores alegres. (>) Já assim, o lustre partido, essa parte ficaria unida, um encaixe, como se ele tivesse caído; desencaixado daqui e cai. Esse*

verde (P10) desencaixando e caindo, despencando. A parte do meio seria o lustre (E). (?) Foi a primeira impressão, bati o olho e vi (Sujeito 15, E(P) CF obj 6,0 z2 / P10 m' obj fragmentação – referência a cor).

- *Aqui (P1), dois monstrinhos bailarinos dançando, com um negócio verde na mão, uma pena verde. Verde é a minha...* [fala o nome de sua empresa]*, por que estou vendo despencando?* (Sujeito 15, P1 M+(CF) A/H 4,0 z2 condensação).

Inicialmente, há uma tentativa de dissimular a sensação de impotência (m') gerada pela percepção de que algo está despencando; fala da beleza das cores, mas não consegue integrar esse elemento à construção de sua resposta. O objeto em queda livre desconectado de sua base domina o campo perceptivo.

Na associação seguinte, podemos verificar que a examinanda — identificada com o monstrinho — tenta dissimular sua vivência interna através de um movimento de dança com um *negócio* verde na mão. A inclusão da cor como determinante que ela sobrepõe à forma (CF) evidencia uma tentativa não consciente de expelir o desconforto interno por meio de condutas explosivas, mas esse mecanismo se mostra insuficiente, e ela associa a cor verde ao nome de seu negócio. De repente, percebe que o despencar se relaciona à sua história de vida, apesar de não conseguir delimitar ou integrar essa percepção.

Fantasia de destruição

Trata-se de fantasias representadas por cenas que alteram ou eliminam um estado anterior existente e geram angústia. O Sujeito 3, por exemplo, diante da Prancha IX, deu a seguinte resposta:

- *(^) Gramado verde e atrás tem fogo. Está perto. Dá impressão que vai queimar tudo* (Sujeito 3).

O Sujeito 4, por sua vez, viu o *Apocalipse* na Prancha X e chorou desesperadamente, a ponto de não ser possível concluir a fase de inquérito.

Essas fantasias existem no psiquismo dessas mulheres, mas parece que elas não conseguem pensar sobre isso, ficando apenas uma impressão, uma sensação indefinida. Teria o álcool a função de eliminar essas fantasias e tornar mais suportável estar consigo mesma? Ou o ato de beber corresponderia a uma expressão motora dessas fantasias? Deixamos essas questões suspensas, para voltar a elas no momento de concluir.

O tema da destruição apareceu, de um outro modo, através da idéia de Morte, evocada por uma profunda perturbação interna. Vejamos como isso aconteceu, pela análise de algumas produções discursivas do Sujeito 2. No discurso dessa mulher, detectamos a presença do significante *perturbação* ligando duas representações: a lembrança de uma cena familiar com o pai e o conteúdo da alucinação/delírio.

É interessante lembrar que a perturbação, ou efusão, é também o ponto máximo na linha do movimento apresentada por Lacan (1962-1963/2005, p.339) no Seminário X: "[...] embora estando ligada à efusão, a angústia não decorre desta. Ao contrário, ela a determina". Como ensina Lacan nesse Seminário, a etimologia da palavra "efusão" nos remete a um estado de enfraquecimento, de uma queda da potência, sendo a perturbação o nível mais profundo na dimensão do movimento.

A seguir, reproduzimos um fragmento do discurso em que aparece esse elemento:

> [...] ele [pai] chagava bêbado, queria brigar. A gente tinha que ficar na rua até ele dormir. Ficava *perturbando*, se visse alguém em casa [...] se não fosse a *bebida*, ele seria um bom pai. [...] só eu sei o quanto eu sofro por causa da bebida [...] a bebida dá tudo, dá alegria, euforia, no momento, mas, depois, ela puxa o tapete – o preço é muito caro (Sujeito 2).

Há uma incursão lógica a ser deduzida a partir desse recorte discursivo: o pai só não é bom porque existe a bebida/álcool, a bebida não dá limite, ela dá tudo, logo, ficaria justificado o fato de o pai não ter lhe fornecido a lei, mas o preço é caro. Identificar-se com o sintoma do pai [beber], por um lado, apazigua e, por outro, a conduz à devastação da ausência da lei.

> [...] tinha parado de beber e aí começam os delírios [...] por exemplo, eu tenho um quadro da minha filha – tem a foto dela num quadrinho que está do lado da minha cama. Eu olhava para a *foto* e a menina estava *dançando o tempo todo*. Ela dançava, e a música eu também escutava. A *mesma dança*, a noite toda. [...] todos os objetos se transformavam em pessoas, *homens feios*, olhavam para mim e riam, conversavam comigo. Eu sabia que aquilo não era normal, mas chegava uma hora que eles enchiam tanto o saco, *perturbavam* tanto, que eu acabava respondendo, porque é muito *real* [...] era um entra e sai de pessoas, um chamava o outro de *Morte*, eles se tratavam assim: Morte. Morte – não era morto, nem morta, era Morte (Sujeito 2).

No exame de Rorschach, diante da Prancha III, reapareceu a imagem de sua alucinação, um objeto inanimado dançando:

- *Parece um boneco de corda. Serve? Braços (P5), cabeça, dois olhos (P), corpo. (?) Inteiro. (?)Dois pés. (?) Pelo modo que vai andar (gestos), igual a robô dançando* [P(E) m' obj] (Sujeito 2).

Um boneco de corda, um robô, a imagem de um movimento repetitivo, sempre o mesmo, semelhante à dança alucinada de seu delírio, acompanhada pela sensação de impotência (m') e análoga a seu ato repetitivo de beber.

Ela incorpora um resquício do pai: o sintoma que a faz sofrer [beber] e gozar. O preço/gozo é a devastação, ela não consegue parar a música, nem a dança e nem o beber. É a força do Real que atua sobre ela. Enquanto estiver presa a esse sintoma, supostamente mantém viva a presença de um pai ineficaz e goza na imersão do fantasma materno, na falta de limites.

Fantasia agressiva

Através de um discurso conciso, em que deixava transparecer o sentimento de raiva (supostamente devido à internação) e a disposição ativa de não associar livremente, o Sujeito 6 revelou o fragmento de uma idéia delirante:

> [...] não sei se estava sonhando ou se era alguma coisa. Eu escutava a respiração do meu cachorro e aí eu queria descer da cama e não conseguia. A única coisa que eu sei é isso. Aquela noite, eu fiquei com medo de mim: "Matei o meu cachorro" (Sujeito 6).

Por que o som da respiração do seu cachorro evocou a idéia de tê-lo matado?

A seqüência e a análise das respostas de movimento que apareceram no protocolo de Rorschach nos dá uma possibilidade de compreensão:

- *(^) Dois elefantinhos, jogaram tomates neles, coitadinhos* [Prancha II – Gc F^+ A 5,5/ P_{2+3} CF al] (Sujeito 6).
- *(^) Dois seres brigando por comida* [Prancha III – P M^+ H V 3,0] (Sujeito 6).

- *(^) Um galo correndo atrás das galinhas. Corre assim* [gestos], *e as galinhas, coitadinhas, ficam assim, encolhidas, com medo* [gestos]. *As galinhas não estão aí, mas é assim, ficam assim, no meu galinheiro [*Prancha V – G m^+ A V 1,0] (Sujeito 6).
- *(v) Dois ursinhos amarrados e, embaixo, queimando eles. Filhotes, coitadinhos. Isso me lembra quando as bruxas eram queimadas. Olhei aqui e vi que não é gente, são dois ursinhos. Que horror!* [Prancha VI – Gc m' A 2,5/ P CF (l) bt*]* (Sujeito 6).
- *(^) Floresta pegando fogo. Isso é o verde que as chamas estão comendo, isso é a fumacinha* [Prancha IX – GE m' (ps) fg 5,5] (Sujeito 6).

Pelo conteúdo dessas respostas, observamos que as idéias agressivas, de infringir medo e dor, povoam o psiquismo dessa mulher. No entanto, após expressar essas idéias, ela faz comentários (*Coitadinho!* e *Que horror!*) como se a idéia agressiva estivesse nas pranchas e não fosse um produto de sua própria imaginação. Ou seja, ela não se apropria do mundo fantasmático que a habita e, consequentemente, não integra e nem elabora os componentes agressivos de sua personalidade. De repente, ela é tomada pela impressão de ter matado seu cachorro e fica com medo de si mesma. Ou seja, "[...] aquilo que é rejeitado do interior reaparece no exterior" (Lacan, 1955-1956/1988, p. 97). Em relação a essa idéia lacaniana, nos reportamos às formulações de Nasio (2001) sobre a foraclusão localizada, sendo possível a coexistência das realidades produzidas por esse mecanismo e daquelas produzidas por recalcamento.

Verificamos que o cenário das relações imaginárias vivenciadas pela examinanda parece se resumir às posições de agressor e vítima ou de dois agressores, havendo apenas a possibilidade de circulação entre essas duas posições.

Fantasia de incorporação

Várias imagens contribuem para compor essa fantasia: em psicanálise, a imagem da mãe devoradora, insaciável; no plano mitológico, Saturno devorando os filhos; na antropologia, o canibal; no plano genital, o coito; no plano simbólico, a gravidez (embaraço).

No subitem 3.1, anunciamos que buscaríamos verificar o que estaria em jogo na dinâmica psíquica do Sujeito 7, para compreender como se processou o deslocamento metonímico comer ⇔ beber. A seguir, reproduzimos um excerto em que esse tema aparece:

> [...] fiquei 12 anos sem fumar e, depois da cirurgia [bariátrica] – um ano e pouco depois da cirurgia –, voltei e entrei com a bebida também, que é o motivo de eu estar aqui, né? Dois anos depois da cirurgia, não tinha amizade nenhuma com a bebida, inclusive o meu casamento é muito bom, feliz, mas... É quem eu queria, mesmo [risos], mas nós tínhamos... sempre tem um conflitozinho, né? E, no início, foi justamente a bebida, mas com ele. [...] nosso único problema sério no casamento era esse, a bebida dele. E, agora, viro [risos]. Agora, eu é que estou... já tem dois anos que eu tenho bebido bastante [tom de voz mais sério] (Sujeito 7).

A paciente apresenta uma seqüência de comportamentos adictos: comer, fumar e beber, ressaltando o beber como um fato novo em sua vida. De repente, ela introduz o tema do casamento, evidenciando que incorporou aquilo que considera o único problema do casamento. Tratar-se-ia de um corte no discurso, através de uma mudança temática, ou a relação com o marido também faria parte da seqüência de comportamentos adictos?

A palavra *inclusive* usada para introduzir o tema *casamento* nos permite pensar que ela incluiu o casamento na mesma série de comportamentos adictos. Conforme nos ensina Lacan (1957/1992) no escrito "A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud", o que possibilita a conexão metonímica é o significante, ou o elemento que determina o que insiste em se inscrever.

Encontramos no protocolo de Rorschach dessa mulher uma resposta que insiste em emergir nas diferentes pranchas. Tendo em vista que a repetição é fruto da determinação da cadeia significante, vejamos:

Prancha I

- *(^) (v) (^) Uma folha seca. Tem que falar mais? Descrever mais? Dividida em duas partes iguais, como se tivesse aberta. Nem bicho, nem gente, nem nada. Não vou falar que parece um anjo* [expressão facial de desagrado]. *Não estou gostando deste teste. Estou com depressão, sem remédio* (Sujeito 7).
- *Repassagem: É o que eu falei – uma folha seca* (Sujeito 7).
- *Inquérito: (Folha?) Está aí. (?) Tudo. (?) Folha seca é folha seca. Caiu da árvore, está no chão. Folha. (seca?) É. (?) Seca. Não gosto disso* [situação de teste]. *(Anjo?) Anjo não é nessa, é na outra. Não tem anjo aqui, não* [G l bt 1,0 z2 – simetria, liberação de Rs e negação de Rs] (Sujeito 7).

Prancha V

- *(^) Borboleta* (Sujeito 7).
- *Repassagem: Borboleta, tudo é borboleta e folha* [G F+ A V 1,0] (Sujeito 7).
- *Inquérito: Falei borboleta, asa, anteninha, negócio no rabo, que não sei como chama. Isso (P10) não faz parte dela. Só. (folha?) Pode ser, mas é borboleta* [G l bt 1,0 z2 - crítica a mancha e repetição] (Sujeito 7).

Prancha VI

- *(^) Mesma coisa, um couro esticado* (Sujeito 7).
- *Repassagem: Uma folha seca, tudo igual* [P F+ (l) A V – perseveração de conteúdo] (Sujeito 7).
- *Inquérito: Couro é isso (P). Isso não significa nada (P3). Mãos, pernas, dorso (l), dorso mais escuro* [G l bt 2,5 z2] (Sujeito 7).

A insistência da resposta folha seca evidencia um elemento identificatório: ela se sente seca, morta e usa o mecanismo de incorporação, como aponta a resposta de movimento fornecida diante da Prancha X:

- *(^) Ameba, pode ser. Ameba (P8) arrelienta, ranzinza, como arreliando com a outra. Parece comendo a outra, vejo a boca, o olho (L), corpo. Vejo as pernas, mas só tem três, uma está escondida por aí* [P8 M+ (L) A 4,0 z2 – M grau 1 – condensação A/H] (Sujeito 7).

Brigar, comer ou incorporar os objetos que estão ao seu redor parece uma tentativa de aliviar o mal-estar interno gerado pela sensação de se sentir seca (l), psiquicamente morta. Há uma falta de vida que consome seu ser, e ela busca no mundo externo uma fonte de energia, de abastecimento.

A partir dessas constatações, podemos deduzir que a morte é supostamente o significante subjacente ao deslizamento metonímico: comer/fumar/beber/casar-se.

Fantasia incestuosa

Freud (1905) postulou que a todo ser humano é imposta a tarefa de dominar o Complexo de Édipo, considerando o incesto o cerne da vida fantasmática dos neuróticos.

A seguir, procuramos evidenciar e estabelecer conexões entre essa fantasia e o uso do álcool mediante a análise de excertos do discurso produzido pelo Sujeito 9.

Ela iniciou seu relato contando a história de uma dupla desilusão. Num primeiro momento, falou do *impedimento* de prosseguir seus estudos de balé no exterior, que a induz a buscar outra maneira de satisfazer seu desejo.

Vale a pena lembrar que "estar impedido é um sintoma. [...] *Impedicare* significa ser apanhado na armadilha [...] Indico-lhes desde já que a armadilha de que se trata é a captura narcísica" (Lacan, 1962-1963/2005, p. 19).

Ela foi impedida pelo pai de realizar seu sonho, num momento familiar em que os irmãos estavam fora do país: um estudando medicina e o outro, inglês. Assim, a demanda dela de estudar balé em Londres pode ser escutada como um desejo de ser igual aos irmãos, diante dos olhos paterno. No entanto, esse lugar lhe é negado, e ela, decepcionada, parte para outras possibilidades:

> [...] aí eu comecei a procurar o que eu podia dentro do Brasil, para entrar numa companhia, para ser uma profissional, né? Aí foi na época justamente que eu conheci uma pessoa [...] o príncipe encantando da minha vida. É o homem que eu desejo. Eu tinha 16 para 17. Aí, foi um desastre na minha vida (Sujeito 9).

Ela queria entrar numa *companhia.* Aí, a homonímia perfeita da palavra *companhia* antecipou o que ela anunciaria na frase seguinte: ela conheceu uma pessoa que passaria a ser sua nova companhia/parceiro. Nesse momento, parece haver uma substituição do homem que ocupa o lugar de príncipe em sua vida – o namorado

entra no lugar do pai, supostamente para lhe garantir o lugar de princesa, o lugar em que todos os seus sonhos serão realizados, não havendo nenhum tipo de impedimento. Mas isso se constituirá num desastre em sua vida:

> [...] aprendi a fazer tudo de errado com ele [risos]. Comecei a beber [...] namoro muito desgastante, uma coisa muito estressante, sabe? Ele foi muito mulherengo e tudo. E aí eu senti. Por exemplo, ele sempre bebeu muito, bebe muito, hoje em dia, depois que eu fiz o meu tratamento, tudo, eu considero ele alcoólatra e é... Eu acho que eu usei, na época. Eu usei a bebida também como fuga para os meus problemas (Sujeito 9).

Até esse momento discursivo, o problema mencionado se refere à busca de uma situação que lhe garanta uma valoração narcísica, não alcançada junto ao pai e nem ao lado do namorado. Mas ela "esquece" essa dor narcísica, não fala dos possíveis questionamentos da vivência de não ser a única no desejo do namorado: por que ele quer ficar com outras? O que falta em mim? Questionamentos tão comuns da adolescência.

O fato não esquecido é que aprendeu a *fazer tudo de errado com ele*. É interessante observar que o riso acompanha esse enunciado. Há uma satisfação do sujeito da enunciação na imputação de uma suposta culpa a ele – com ele, começou a beber:

> [...] foram 15 anos da minha vida que eu me entreguei de corpo e alma para um homem. Eu digo que a minha doença tem o nome de [fala o nome do namorado], mais até do que o próprio, a própria depressão, não digo o alcoolismo acho que/eu/de [fala entrecortada] sou uma alcoólatra, tenho esse, essa.... não posso beber, não sei beber, entendeu? [...] é uma falta de realização que eu sinto. Ah, eu era, eu modelo. Meu pai e minha mãe como modelo de amor, eu sempre fui uma pessoa muito apaixonada, apaixonada pelo outro, sempre achei aquilo: você tem que amar e

> amar muito, sabe? Me via cheia de filhinhos, tinha aqueles sonhos todos, sabe? (Sujeito 9).

A sua "doença" tem um nome que desliza metonimicamente (sonho impedido/ amor não correspondido/ depressão/ alcoolismo), tendo como suporte o significante do fantasma da criança edípica — o incesto —, a imagem de que os pais obtêm prazer absoluto (Nasio, 1993).

No exame de Rorschach, apareceu desde o princípio certo incômodo gerado pela percepção da divisão e separação dos borrões de tinta. A perplexidade era constante, e o mundo imaginário, rico em fantasias. Na Prancha I, essas fantasias [m+(C')] relacionavam-se às experiências dolorosas do passado e desembocaram na fantasia da maternagem, diante da Prancha III:

- *(^) Ai, meu Cristo! Vai piorando, as figuras vão ficando mais afastadas. Quem fez isso estava inspirado, bebeu [*risos*]. Se viajar bastante, é um bicho, de um lado (P1), e, do outro, segurando [*gestos*], pegando os seus filhotes* [P1 m+ A 3,0 – m grau 3 – perplexidade] (Sujeito 9).

Ao longo do protocolo, deu mais oito respostas de movimento animal, decorrentes da atenção à divisão das figuras, que lhe dava a idéia de que estariam voando e de um mecanismo denominado Lian, no qual o examinando não consegue abandonar a percepção primeva e leva para as demais pranchas os determinantes da resposta anterior, havendo certa viscosidade, conforme pudemos observar na primeira resposta diante da Prancha IV:

- *(^) (>) (v) (<) (^) Engraçado. Todos têm a mesma forma. Bem, esse parece um cachorro fazendo uuuuuu, um lobo. Não sei. (P2) Aqui, a boca aberta [*contorno*], cabeça, corpo, com as patas, meio deitado, abaixado, uivando. Minha mãe não deixa ter cachorro em*

> *casa. Por que as figuras são assim? A gente não sabe o que é* [P m+ A - m grau 3 – lian, auto-referência] (Sujeito 9).

Evidentemente, as pranchas têm formas diversas, mas a examinanda continuou com a mesma sensação e construiu uma resposta de movimento parcial (grau 3), indicando que não há liberdade interna para assumir e aceitar as próprias fantasias. Em seguida, lembrou-se de sua mãe, dando um indício de que a mãe se constitui num fator impeditivo às fantasias. Que fantasia seria essa, se não a incestuosa?

O Sujeito 14 também trouxe elementos em relação à fantasia incestuosa, atribuindo a experiência do uso abusivo do álcool a suas dificuldades de ser mãe e ser mulher:

> [...] eu não conseguia dar banho nele [filho com 20 dias de vida] sem alguém perto... eu tinha a sensação de que tudo o que eu ia fazer com ele, eu ia matar ele... ele ia escorregar, ele ia se afogar [...] eu dei banho sozinha. Esse dia, eu dei banho chorando [chora], inteirinha tremendo [...] Esse foi o primeiro dia, que eu nunca mais esqueci. Eu fui ao bar – eu chorava –, eu tinha uma garrafa de Martini, eu tomei metade da garrafa (Sujeito 14).

Nesse fragmento, situou a entrada do álcool em sua vida — no momento em que foi realmente convocada a exercer seu papel de mãe, a vivência foi insuportável. A experiência da maternidade a desorganizou, e foi se tornando cada vez mais difícil ser mulher:

> [...] nestes quatro anos para cá, coisas estranhas aconteciam, de ele [marido] sumir [...] eu pensava "estou com ciúmes, ele vive para a família, não é capaz disso", mas isso começou a acontecer, e eu comecei a correr para a bebida [...] ele começou a procurar satisfação na rua, e eu fugi para o álcool (Sujeito 14).

A menina levada, travessa e a mais sem-vergonha, no que diz respeito à intimidade com o pai, na vida adulta encontra dificuldade para se posicionar como mulher e recorre ao uso do álcool. Ela se situa tranqüilamente na posição da filha que brinca de ocupar o lugar da mãe, mas, quando efetivamente ocupa esse lugar, a fantasia do incesto, imaginariamente, se realiza. *Coisas estranhas começam a acontecer*, e a figura do marido desaparece e aparece, em sua mente, o homem que vive para a família, o pai. Agora, esse homem busca satisfação na rua e ela, no álcool. Assim, o álcool se torna o substituto da relação sexual com o marido e dissimula a fantasia incestuosa.

No exame de Rorschach, diante da Prancha VI, que simboliza questões relativas à sexualidade, ela deu a seguinte resposta:

- *(^) Uma tentativa de alguma coisa se soltar de um monstro que está segurando. Está tentando se soltar. Uma figura semi-humana, tentando se afastar desse monstro que está segurando. Embora disforme, vejo um tipo de um homem (P3), por isso falei sub-humano, parece que quer se libertar desse monstrengo (P1+). (?) Rosto, nariz, olhos (L), cabelo repartido no meio [*contorno*], bigodes malucos (p26), mas o corpo não é de homem. Isso (P6) seriam as asas, então, um ser mitológico, fazendo força para se libertar desse bicho. (?) Bicho todo ele, ele está aberto, mas se fecha, se quiser, nada definido* [PG m'(L) H] (Sujeito 14).

Podemos observar que a resposta foi construída a partir da impressão e da sensação de que algo está preso e tenta se libertar. O sentimento de impotência (m') diante dessa imagem é preponderante – ela não consegue definir (PG) e nem sair da situação vivida. Consegue delimitar em detalhes o rosto de um homem, mas não lhe atribui um corpo, e a ansiedade persecutória (L + olhos) é despertada. Verifica-se,

assim, que ela não está sendo capaz de pensar sobre a própria sexualidade, o livre exercício da feminilidade está barrado, provavelmente por fantasias incestuosas.

3.3 – Expressão da afetividade [CF + C > FC / Eq = M : ∑ RC]

Conforme dito anteriormente, o tipo de vivência predominante no grupo estudado aqui é o coartado, havendo poucos contatos afetivos e um rígido esforço defensivo, que restringe a reflexão e a troca afetiva. As seguintes produções discursivas mostram esse estilo relacional:

- *[...] ela [*mãe*] é uma pessoa difícil, bem difícil. Eu sei que ela gosta muito de mim, mas ela é muito... difícil chegar perto* (Sujeito 1).
- *[...] meu pai, muito rígido; minha mãe, rígida demais. Nunca, né? Que eu me lembre, ter sentado no colo do meu pai, meu pai ter pego a gente, colocado a gente no colo [...] imagine falar para um filho "eu te amo" – a maior vergonha do mundo. Dar um beijo no filho, o fim da picada. Entendeu?* (Sujeito 5).
- *[...] o relacionamento com meu pai, muito difícil. E olha que de uns quatro anos para cá é que tem melhorado. Ele não conseguia conviver com a minha gordura, de jeito nenhum, por mais que ele tentasse, porque diz que tentou. Era difícil ele lembrar que eu sou filha e... jogar isso meio de lado, me enxergava só uma bola de gordura, né?* (Sujeito 7).
- *[...] eu vejo minha mãe como super-possessiva e eu não me relaciono com ela, não. Eu não consigo ter paciência com ela. [...] meu pai, com o alcoolismo, sempre foi uma pessoa super-ausente* (Sujeito 8).

Além de estabelecer poucos contatos afetivos, quando se expressam, apresentam reações explosivas e jogam no outro a carga afetiva que não conseguem elaborar. Assim, poderíamos supor a existência de uma fantasia narcísica da inexistência do outro, visível nos momentos discursivos em que há desconsideração da importância

dos demais em sua vida psíquica. Nesses momentos, agem como crianças — incapazes de se colocar no lugar do outro e respeitar os sentimentos alheios:

- *[...] não fui com a cara dele [*médico*], falei muitos desaforos para ele... Aí, quando baixou um pouco essa prepotência... Aí, liguei e falei: "Olha, o senhor me desculpa..."* (Sujeito 1).
- *[...] eu faço a minha vida do jeito que eu quero* (Sujeito 4).
- *[...] é legal prá caramba, não me importava com ninguém, ficava só na minha* (Sujeito 6).
- *[...] fazia coisas só para machucá-la. Vingança, mesmo* (Sujeito 13).

No Rorschach, esse tipo de funcionamento é evidenciado pelas respostas CF+C > FC, bem como pelo mecanismo inusual de liberação de resposta presente nos protocolos 4, 6, 7, 10, 13, 14 e 15. Mostram-se desligadas do mundo das relações interpessoais. Possivelmente incorporam o outro no eu e, assim, não vêem o outro, não têm afeto pelo outro e nem registram o afeto do outro, o que evidencia indiferenciação.

Ao relatar a relação estabelecida com médicos e com psicanalistas, procuraram evidenciar a inabilidade e/ou incompetência daqueles que se propuseram ajudá-las. Podemos observar isso nas seguintes frases:

- *[...] eu odeio aquele hospital. Eles dizem que eu não admito que sou alcoólatra. Eu admito que sou alcoólatra. Só que tem um antes. É o antes que os psiquiatras, parece que não entendem – o antes. [...] eles se acham os donos da verdade. Então, não adianta eu falar. Para eles, tudo é a bebida [...]* (Sujeito 4).
- *[...] faz dois anos que faço terapia freudiana pura, e não deu muito certo, porque eu até falava: "Olha, eu quero parar de beber." Mas eu punha a bebida, como meu terapeuta não era dos 12 passos*[9]*, ele achava que eu podia parar de beber, entendeu?* (Sujeito 8).
- *[...] comecei a fazer tratamento com um médico, um psiquiatra [...] a bebida, ele não enxergava como problema, e a depressão, ele não conseguia enxergar realmente qual*

[9] Os 12 passos são o cerne do chamado "programa de recuperação" dos Alcoólicos Anônimos, que se baseia numa concepção específica da dependência de álcool e dos alcoolistas.

era o meu problema. Porque o que ele ficou fazendo? Ele ficou fazendo um experimento de vários medicamentos. Fui uma cobaia na mão dele [...] (Sujeito 9).

- *[...] eu fiz tratamento de dois anos com a psiquiatra, em [*fala o nome da cidade*], junto com ele [*marido*]. Eu tentando convencer a psiquiatra de que eu era alcoólatra, e ela me negando – que eu não era alcoólatra, que eu bebia por ansiedade. Falei para ela: "Eu estou chegando do trabalho, cansada. Aí, lembro que não tem nenhuma latinha de cerveja na geladeira, e a cidade está um dilúvio, está tudo alagado, e eu não entro em casa sem ter comprado a cerveja. Isso não é sinal de alcoolismo?"* (Sujeito 14).

O conteúdo desses fragmentos discursivos mostra o desacordo ou desencontro entre aquilo que ela considera importante e a proposta terapêutica – quando o profissional pontua um aspecto, ela recorre a um outro, mostrando uma disposição ativa em confrontar o outro e o Outro.

Outras dirigiram sua insatisfação ao grupo de Alcoólicos Anônimos:

- *[...] eu não gosto das reuniões do AA... acho chatíssimas, acho deprimentes... acho uma atmosfera de gente falsa... ali dentro, você não pode contar com ninguém. Porque a literatura diz: "Porque os amigos do AA...". Amigos, uma ova! Ali, um quer matar o outro... então, eu sei que... pelo menos, eu indo lá... eu me lembro desta minha condição, porque alcoólatra esquece rápido, né?* (Sujeito 1).
- *[...] de vez em quando, eu vou nas reuniões [*E: Tipo AA?*] Não, não é escondido, não. Tudo aberto, todo mundo mostra a cara. Eu prefiro. Nos alcoólatras anônimos, é tudo muito fechado, você não pode se mostrar. E lá, não. É tudo muito aberto, e por isso eu gostei* (Sujeito 5).
- *[...] ficar escutando palestra... eu não agüento isso* (Sujeito 6).

Aquilo que é oferecido lhes parece insuficiente. Independentemente das reais limitações das diferentes abordagens terapêuticas e do possível despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dependência química, destacamos aqui a tentativa de desvalorizar aquilo que o Outro pode oferecer.

IV – DISCUSSÃO

Através da análise estatística, verificamos que os índices conação e Lambda apresentam diferenças significativas nas pranchas coloridas, em relação à população considerada normal.

O índice conação está baseado num equilíbrio entre os recursos de personalidade e a capacidade egóica de organização da percepção e do julgamento da realidade externa, e o índice Lambda indica a intensidade do apelo aos recursos subjetivos da personalidade. Assim, na nossa amostra, evidencia-se uma invasão de fantasias e reações emocionais primárias, que dificultam a mobilização das defesas egóicas e desgastam a possibilidade de ação sobre o ambiente circundante.

Em função dessa significativa alteração estatística, focalizamos nossa atenção na distribuição dos fatores determinantes. Embora as mulheres alcoolistas aqui em estudo apresentem capacidade de representação mental das experiências, têm dificuldade de assumir as próprias características, apropriar-se delas, comunicá-las e exercê-las nas relações interpessoais (M < m + m'). As características que correspondem ao que lhes é fundamental como sujeitos singulares não se mantêm nas relações interpessoais, pois não conseguem defender as próprias idéias e, muitas vezes, nem reconhecer os próprios desejos. Há uma falência subjetiva motivada por uma fraqueza na imagem de si, e não por uma incapacidade de formar uma representação mental sobre si mesmo. É como se a própria identidade perdesse a força, ao olhar para o outro. Aquilo que ela imagina advir do outro acaba dominando, conforme podemos constatar mediante análise das respostas de movimento e de

perspectiva; estas últimas não são esperadas no protocolo e, quando surgem, indicam preocupação com a posição ocupada no grupo social, diante da avaliação do Outro.

Como a imagem de si mesma não se atualiza no contato interpessoal, essa representação mental fica psiquicamente isolada, gerando uma sensação de si mesma muito distante da que ocorre nas relações e fornecendo elementos fantasiosos desconectados da realidade objetiva.

Verifica-se que as reações emocionais das alcoolistas são primárias, ou seja, ocorrem mais no campo somático do que no campo simbólico. Isso significa que há uma repercussão emocional que não atinge as palavras — elas não conseguem entender o que acontece e respondem de um modo mais primário, na medida em que a repercussão afetiva é corporal. Trata-se da repercussão da série movimento (M < m + m') na esfera afetiva (l + l' > L + C'). Em outras palavras, a repercussão afetiva das fantasias dá uma sensação de fragilidade que não se acompanha de uma compreensão intelectual, sendo vivida corporalmente. Essas fantasias sobre si mesmas não se adaptam ao modo como o grupo social interage, e isso repercute internamente, deixando marcas no corpo e afastando-as cada vez mais do contato com o outro.

Essa falta de compreensão interna dificulta a expressão afetiva na relação com o outro (FC < CF + C) – elas agem de modo egocêntrico, sem observar o que seus atos provocam no outro e não conseguindo se comunicar assertivamente. Há uma desorganização interna e uma turbulência afetiva não traduzida nas relações estabelecidas.

Essa dinâmica psíquica interfere na adaptação das mulheres alcoolistas à realidade externa. Podemos observar essa interferência na alteração dos índices RMI, %V e %A nas situações do cotidiano, como indicado pela análise estatística.

Havendo uma turbulência afetiva interna não nomeada e não sendo possível elaborá-la — por não haver um crivo sobre as fantasias e reações emocionais mais íntimas, no contato com o meio social —, desenvolve-se um caminho com fins adaptativos, em que se minimiza a importância desses elementos internos e se adotam atitudes estereotipadas fornecidas pelo social, ou seja, apresenta-se um comportamento manifesto que não integra os elementos afetivos. Essas mulheres procuram formas de se relacionar com os demais de modo a não sentir tão intensamente a dificuldade de comunicação em relação às necessidades afetivas mais básicas. Assim, procuram falar o que todos falam, procuram corresponder às expectativas e agem de modo estereotipado. Há um esforço adaptativo que não se mantém, pois o núcleo psíquico não integrado ao comportamento explícito se expressa de outras formas, o que nos permite entender os episódios de embriaguez como um modo de apaziguar a turbulência interna e manter a dissociação criada. A tentativa de viver uma vida padrão, pautada na repetição de clichês comportamentais, aumenta a tensão interna de seus conteúdos emocionais básicos, que tendem a ganhar expressão nas recaídas.

Esse tipo de adaptação favorece as recaídas, pois a bebida se transforma na única coisa capaz de conectá-las aos sentimentos mais profundos de sua personalidade e, conseqüentemente, de lhes dar uma sensação de acolhimento.

É crucial revelar o modo genérico e superficial com que essas mulheres fazem sua adaptação à realidade (RMI), bem como a dispersão da fala decorrente dessa superficialidade, pois podemos compreender que a não fixação em aspectos particulares das experiências dificulta a criação e inscrição de marcas significantes que possibilitem a construção da própria subjetividade. Ou seja, elas não fixam e nem retém as experiências, apresentando um padrão evacuativo que, por sua vez, condiciona um discurso incoerente e inconsistente, devido à falta de pontos de amarração.

Entre outros fatores, o uso do álcool parece servir à manutenção desse modo de adaptação ao mundo, levando a vida sem estar na vida, constituindo-se num elemento que favorece e mantém a alienação do sujeito, na medida em que reforça o mecanismo de negação, deixando as fantasias desalojadas psiquicamente.

Diferenciar-se significa se separar, tornar-se único. Toda separação implica um processo de luto, e a evitação de sentimentos dolorosos [reforçado pelo uso de álcool] mantém o sujeito preso às condições iniciais de sua constituição [alienação].

Além das considerações sobre a constituição psíquica a partir do encontro da teoria psicanalítica e dos resultados obtidos por meio da prova de Rorschach, interessa-nos também pensar na singularidade do alcoolismo em mulheres e detectar os possíveis elementos que marquem essa especificidade.

Confrontando os resultados de nossa pesquisa com os achados de Bettarello (1992) e Bergman (1998), verificamos que há semelhanças e diferenças entre os grupos estudados, apesar dos diferentes modos de apresentação dos resultados:

	Bettarello (1992)	**Bergman (1998)**	**Munduruca (2008)**
% G	p-valor 0,0013 (elevado)	p < 0,001 31% underincorporators*	46,6% (elevado)
% P	p-valor 0,0098 (rebaixado)	p < 0,001 *90% Unconventional reality perception*	53,3% (rebaixado)
% p	p-valor 0,2407 (média)		66,6% (rebaixado)
% F+	p-valor < 0,0001 (rebaixado)	p < 0,001 *48% Distorted form perception*	p-valor 0,365 (86,7% tendência à elevação)
% A	p-valor 0,0037 (elevado)	p < 0,001 *64% Avoidance of emocional interchange with the environment*	p-valor < 0,001 (mono: elevado) p-valor 0,465 (color: média)
% V	p-valor 0,3886 (média)	*8% Popular responses*	p-valor 0,008 (mono: elevado) p-valor 0,185 (color: média)
RMI	p-valor 0,7805 (média)		p-valor < 0,001 (mono: elevado) p-valor 0,296 (color: média)
Lambda	p-valor 0,7548 (média)		p-valor 0,499 (mono: média) p-valor 0,007 (color: elevado)
RC	FC < CF + C	*68% Low stress tolerance*	FC < CF + C
RL	rebaixado		elevado
RM	M < m + m'	p < 0,001 *36% Excessive use of escapist fantasy* *63% fantasy based self-concept*	M < m + m'
estilo vivencial	–	53% A*mbitent***	coartado

* *Underincorporators*: definido como tendência a apreender as situações de modo superficial, sem perceber questões importantes que estão à volta; tendência a chegar a conclusões rápidas, com prejuízo da capacidade de julgamento.
** *Ambitent:* pessoa que oscila entre duas posições [introvertida e extrovertida] na maioria das situações, sendo mais vulnerável a erros no julgamento e a problemas interpessoais.

Como vemos na tabela acima, as semelhanças entre homem e mulheres podem ser observadas mediante análise dos seguintes aspectos:

- estilo perceptual superficial (%G↑, %P↓). Nesse aspecto, vale a pena ressaltar que os alcoolistas (homens e mulheres) apresentaram um estilo perceptual imediatista,

revelando características semelhantes em relação ao modo não convencional de perceber a realidade externa (90% *unconventional*);

- relações estereotipadas (%A);
- predomínio de fantasias (m + m'> M);
- tendências egocêntricas e impulsivas na expressão afetiva (CF + C > FC).

No entanto, esses índices também são encontrados em protocolos de neuróticos, portanto, não caracterizam exclusivamente a dinâmica psíquica de alcoolistas, como se anuncia em outros estudos com o Rorschach (Bohm, 1968; Feed, 1976).

Apesar dessa constatação imediata, vale a pena aprofundar o estudo da relação dinâmica de cada índice, pois, por exemplo, no que se refere ao predomínio das fantasias na vida psíquica, é importante frisar o uso que se faz da fantasia. O sujeito pode se refugiar e viver intensamente o mundo imaginário, obtendo satisfação por essa via [caso dos neuróticos], mas pode fugir ou negar as próprias fantasias, sendo essa a singularidade dos sujeitos aqui em estudo. Ou seja, as fantasias permanecem como elementos soltos, descolados, não integrados na dinâmica psíquica do sujeito. Le Poulichet (1996, p. 546) descreveu esse aspecto, ao enunciar que, nos toxicômanos, "[...] o trabalho da fantasia muitas vezes se sedimentou, não desencadeando mais a elaboração de um questionamento e de um saber que venha acomodar a perda do objeto".

Quanto à expressão da afetividade, a tendência egocêntrica das mulheres alcoolistas é caracterizada por reações que independem de atitudes concretas do outro, predominando a necessidade de descarga energética e o alívio da tensão intrapsíquica

– não é uma reação decorrente de conflitos nas relações interpessoais [caracterizado pela elevação da %H]. Nesse sentido, podemos compreender que os sentimentos e a individualidade do outro não são aspectos capazes de barrar as atitudes das mulheres alcoolistas. Essa característica parece ser consoante com a suposição de que a toxicomania "[...] evidencia o lado autístico do sintoma, no sentido de que ela é um modo de gozar pelo qual se tenta prescindir do Outro" (Santiago, 2001, p. 14).

Associando essa constatação às queixas das alcoolistas sobre a intolerância e as dificuldades na comunicação com o parceiro (Hochgraf, 1995), podemos supor que talvez o outro seja intolerante porque ela tenta descartá-lo, desconsiderá-lo e minimizar sua importância. Ou seja, a queixa revelaria uma incapacidade de observar os próprios atos e perceber sua participação no problema apresentado. Por outro lado, tentar prescindir do Outro talvez seja uma forma de não sucumbir à força que esse Outro exerce sobre ela. Nas palavras de Santiago (2001, p. 187): "[...] o recurso à droga é seu apego à suposta função preventiva contra as exigências imperiosas do Outro sobre ele próprio".

Voltando à tabela comparativa entre os resultados de mulheres e homens alcoolistas diante das pranchas de Rorschach, encontramos dois aspectos diferenciais entre os resultados de nossa amostra e os achados de Bettarello (1992) e Bergman (1998). Trata-se do aumento das respostas vulgares (%V) e da tendência ao aumento das respostas de forma bem vista (%F+). Quanto às respostas de luminosidade (RL), não é possível comparar nossos resultados com os de Bergman (1998), devido à ausência de apresentação de respostas de sombreado ou luminosidade nesse estudo. Mas, ao

confrontá-los com os resultados dos homens alcoolistas, verificamos que neles a ansiedade não é um componente que se destaca.

O aumento das respostas vulgares (%V), a exigência de autodomínio e a rigidez (%F+) podem representar uma singularidade de nossa amostra, pois, nas pesquisas de Bettarello (1992) e de Bergman (1998), esses elementos não apareceram — ao contrário, as alcoolistas suecas apresentaram rebaixamento das respostas populares. Seria de uma diferença cultural ou uma discrepância decorrente do uso de diferentes sistematizações? Não temos condições de responder a isso. Sabemos que, no sistema de Exner (1999), o rebaixamento das respostas populares diz respeito ao indivíduo que não observa o meio como a maioria das pessoas, havendo empobrecimento no contato com a realidade e podendo ser indício de grave patologia, dependendo da análise das demais variáveis do teste. De qualquer modo, esse rebaixamento indica dificuldade de aceitar os padrões socialmente estabelecidos.

Segundo a sistematização de Silveira (1985), podemos assinalar que, em termos dinâmicos, a elevação no número de respostas vulgares indica submissão e esforço para se mostrar adequada, mas sem haver aceitação das injunções da realidade externa, ou seja, o limite ou a castração não são vividos como possibilidade de novas articulações, mas como obstáculo. Nesse sentido, podemos entender o uso do álcool como uma forma de tentar contornar ou destruir esse obstáculo, ou seja, seria da tentativa de destruir a relação fálica (Nogueira Filho, 1999; Santiago, 2001). É interessante observar que, no caso dos homens alcoolistas, não há alterações significativas desse índice, ou seja, haveria neles certa concordância com o socialmente estabelecido. Sobre esse aspecto, Melman (2000, p.24) pontua que “[...]

o objeto do qual se trata [no alcoolismo], o objeto que é visado nesse gozo infinito, continua sendo o falo, e isso dá conta da clínica tão falicizada do alcoolista, do bebedor [...]". Ou seja, o homem alcoolista assumiria uma posição passiva, esperando uma salvação, ao mesmo tempo em que "[...] não tolera as intervenções terceiras, tais como as do médico" (Melman, 2000, p. 16). A figura de qualquer espécie de líder é abolida, e busca-se uma irmandade em que não exista um ser que encarne a insígnias de poder e, assim, evitam-se a rivalidade, a disputa e a competição (Santiago, 2001).

É preciso fazer algumas pontuações quanto a essas considerações, no que diz respeito às mulheres alcoolistas. O beber solitário, por exemplo, afasta-as de todos os tipos de relações objetais, ao mesmo tempo em que lhes propicia uma condição [ser alcoolista] que se transforma no núcleo fomentador de indisposições com aqueles que vivem à sua volta, dando a impressão de usarem o álcool como um elemento que possibilita a inserção no jogo do poder e da disputa.

Quanto às intervenções terceiras, as alcoolistas que participaram desta pesquisa posicionaram-se de modo ambíguo: aceitavam a ajuda de determinado especialista, ao mesmo tempo em que denegriam outros tratamentos. O Sujeito 1 aprovou o tratamento medicamentoso, mas não suportava as reuniões do AA; inversamente, o Sujeito 2 enaltecia as reuniões do AA e criticava as medicações prescritas; o Sujeito 4 apreciou o trabalho do psicólogo e desvalorizou os psiquiatras, que se posicionavam como detentores do saber; o Sujeito 5 elogiou as reuniões do grupo que participa, em detrimento das salas de AA; o Sujeito 8 valorizou o trabalho focalizado nos 12 passos e observou a ineficácia da psicanálise freudiana. Enfim, o

tratamento considerado bom se alternava, dependendo do histórico de cada enunciador. Apesar da heterogeneidade do grupo e das reais limitações de cada abordagem, havia na enunciação a marca de um sujeito incapaz de aproveitar o melhor de cada proposta terapêutica, precisando colocar a situação em termos comparativos, onde o *bom* e o *mau* estão separados.

Durante a entrevista, as mulheres aqui em estudo evidenciaram basicamente duas maneiras de se posicionar diante do próprio alcoolismo. De um lado, os Sujeitos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 13 e 15 consideraram o alcoolismo como um problema em si ou como uma saída diante da dor de existir; de outro, os Sujeitos 5, 8, 9, [10, 11, 12] e 14 consideraram-no uma saída diante das expectativas frustradas em relação ao parceiro amoroso. Em todos os casos, uma saída evitativa, que visa o não confronto com a experiência dolorosa.

No primeiro grupo, as internações ocorreram via resgate; no segundo, foram consentidas. Encontram-se no primeiro grupo as mulheres que não têm parceiro [com exceção do Sujeito 2], repudiam a possibilidade da maternidade ou não convivem sob o mesmo teto com o filho, demonstram conflitos na relação de dependência com outro ser humano (indiferenciação), vivência de fenômenos elementares e problemas orgânicos, sugerindo um quadro mais severo de dependência de álcool.

Em termos das fantasias, o primeiro grupo apresentou preponderantemente fantasias relacionadas ao corpo despedaçado [Sujeito 15], à destruição [Sujeito 2], à incorporação [Sujeito 7] e à agressividade [Sujeito 6], ao passo que o segundo grupo apresentou preponderantemente fantasias relacionadas ao incesto [Sujeitos 9 e 14].

Esses dados nos levam a pensar no tradicional ensino psicanalítico, em que as fantasias destrutivas se relacionam aos quadros psicóticos e as incestuosas, aos quadros neuróticos. Mas qual seria a ação do álcool em cada estrutura?

Em termos estruturais, poderíamos pensar que o objeto álcool representaria:

- na estrutura psicótica, uma barreira artificial à invasão de gozo. O álcool entraria no lugar do falo, na medida em que ocuparia o lugar deixado vazio pela forclusão do Nome do Pai. Poderíamos supor o alcoolismo como equivalente à toxicomania na modalidade de suplência, em que se visa pôr um limite no gozo do Outro e conservar minimamente a própria subjetividade (Le Poulichet, 1996; Conte, 2003);
- na estrutura perversa, o álcool corresponderia a uma possibilidade de manter a dissociação psíquica entre o campo afetivo e o campo intelectual. Poderia estar no lugar do objeto fetiche ou do objeto transicional, podendo representar uma passagem ao ato contra a lei;
- na estrutura neurótica, o álcool teria a função de véu, de tapar os furos da cadeia significante – uma tentativa de evitar a angústia. Poderíamos pensar que o álcool se tornaria um significante na formação do sintoma quando simboliza o recalcado, quando é usado como um complemento narcísico que dá ao sujeito a ilusão de ser o falo no desejo materno. Ou seja, estaria relacionado a um retorno e não a uma repetição. Pensando nestes termos, estaríamos no campo dos conflitos transgeracionais e da perpetuação do fantasma materno. Poderia equivaler à modalidade da toxicomania como suprimento, na medida em que visa suprir a falta, constituindo-se numa prótese narcísica que ajuda a enfrentar as

discrepâncias entre imagem real e imagem ideal (Le Poulichet, 1996; Conte, 2003).

Pensar desta forma, no entanto, além de provocar discussões teóricas, implica perder de vista a especificidade do alcoolismo feminino, deixar de lado as especificidades da droga consumida e do gênero consumidor, sendo fundamental retomar nossos resultados.

Tendo em vista que 66,6% da nossa mostra consideram o uso do álcool como uma forma de fuga da realidade, cabe perguntar: de que realidade essas mulheres querem fugir? Teria o álcool a função de eliminar a possibilidade de acesso consciente às fantasias e tornar mais suportável estar consigo mesma? E o ato de beber corresponderia a uma expressão motora dessas fantasias?

Pelos resultados desta pesquisa, tendemos responder afirmativamente. Essas mulheres parecem fazer uso do álcool como forma de aplacar uma realidade interna insuportável – as próprias fantasias. Neste ponto, vale lembrar o ensinamento freudiano (1924) sobre a diferença da perda da realidade na neurose e na psicose: na primeira, nega-se um aspecto da realidade interior; na segunda, um aspecto da realidade externa.

Essa informação geral nos levaria a concluir que os casos aqui em estudo se refeririam à estruturação neurótica da personalidade, mas a análise individual de cada caso nos revelou distintas estruturações psíquicas. A análise individual dos protocolos dos Sujeitos 5, 8, 9, 10, 11, 12 e 14 evidenciou a estruturação neurótica de

personalidade, com predomínio de defesas histéricas, afetividade lábil, identificação fálica e manutenção de relacionamentos insatisfatórios. Por outro lado, a análise dos casos 1, 4 e 6 evidenciou o predomínio de defesas obsessivas em quadros neuróticos, enquanto os Sujeitos 2, 3 e 15 revelaram estruturas psicóticas. O caso 7 mostrou um quadro *borderline* e o 13, a presença de mecanismo epileptóide, que se traduz pela substituição do raciocínio lógico por uma aderência a situações anteriores, ou seja, perdem-se de vista os elementos pertinentes à circunstância, e se emite um julgamento pautado numa situação anterior, "misturam-se" os fatos, não fixam ou registram as impressões, apresentando-se déficit mnêmico. Observando a dinâmica emocional presente no protocolo 13 – a tentativa constante de excluir os elementos afetivos via intelectualização –, podemos supor que o uso do álcool nesse caso é uma tentativa de negar as situações angustiantes, uma forma de negar a própria vida.

Os Sujeitos 1, 4 e 6 evidenciaram a preponderância de fantasias agressivas, irritabilidade, desconsideração dos sentimentos alheios, ausência de envolvimento afetivo, tendência a se eximir da responsabilidade por seus atos, perplexidade diante das próprias emoções, esforço consciente para controlar os próprios impulsos e tendências, tensão e rigidez, características que sugerem o uso do álcool como forma de diminuir a tensão intrapsíquica e evitar a fragmentação psíquica. Durante a entrevista, não conseguiram localizar uma situação desencadeadora do aumento de consumo de álcool e focalizaram o aspecto irrefreável do ato de beber, havendo certo distanciamento afetivo ao falar sobre si mesmas. Nesses casos, a orientação do trabalho analítico pode ser a diminuição da severidade superegóica, a fim de que os componentes afetivos da personalidade possam ser integrados. No entanto, supondo que se trata de uma estrutura obsessiva, vale a pena lembrar o ensinamento lacaniano

de que o desejo preponderante é não desejar, ou seja, o álcool entraria como um par perfeito, na medida em que anestesiaria os afetos do sujeito. Nesse sentido, vislumbramos a dificuldade no estabelecimento do vínculo terapêutico e a importância do manejo da transferência, a fim de ajudar o sujeito na travessia do fantasma da morte. Em outras palavras, ajudá-lo a suportar a possível desorganização psíquica que poderá sobrevir às vivências afetivas.

Os casos 2, 3 e 15 referem-se à estrutura psicótica, em que preponderam as vivências inconscientes de fragmentação corporal, indiscriminação eu-outro, perturbação dos processos de pensamento (atenção, seleção, fixação e associação de idéias), condutas automáticas e estereotipadas (não atribuem significados às experiências), sentimento de impotência e uso de defesas maníacas que desvalorizam e minimizam a importância dos afetos. Nesses casos, o uso do álcool parece ter a função de manter a indiscriminação e alimentar as defesas maníacas, na tentativa de manter o estado de euforia. A orientação psicoterápica seria no sentido de ajudar a paciente a delimitar o próprio eu e construir uma identidade pautada em dados realísticos, e não imaginários.

A outra metade da nossa amostra trouxe à tona a estrutura histérica, o desejo de manter o desejo insatisfeito. Aparecem no Rorschach dessas mulheres evidências de problemas nos relacionamentos interpessoais, pela elevação das respostas de conteúdo humano [protocolos 5, 9, 11, 12 e 14] e alguma noção sobre suas dificuldades [presença de sinais significativos da série de M. Harrower nos protocolos 8, 10 e 14]. Há tentativa de localizar e delimitar o ponto conflitivo, que, independentemente de essa pontuação ser verdadeira ou falsa, indica a possibilidade

de construção de uma história. Duas dessas mulheres conseguiram localizar, durante a entrevista, uma situação desencadeadora do aumento do consumo de álcool [Sujeito 8: descoberta da bissexualidade e HIV positivo do marido; Sujeito 14: dificuldade em assumir a maternagem]. As outras disseram de modo vago que a fonte de suas frustração era não se sentir amada pelo parceiro ou não ter a seu lado aquele que se imagina amar. A desconfiança e a suspeita de traição apareceram nos casos 5, 9 e 14. A postura fálica também é um aspecto peculiar desse grupo que merece ser destacado. O álcool parece entrar nessa estrutura como uma espécie de rolha insuficiente que ajuda na tentativa de negação da falta, alimentando a fantasia do amor perfeito e ideal, que permite a manutenção do desejo insatisfeito.

A análise individual de cada protocolo não revelou a configuração básica dos quadros de depressão, de mania ou fobia que descrevemos no item *Alcoolismo feminino e comorbidade.*

É interessante observar que as mulheres de nossa amostra [com exceção do Sujeito 6] fizeram referência a um *pai ausente* [Sujeitos 1, 3, 4, 8, 13 e 15]*, ineficiente* [Sujeitos 2 e 5], *impossibilitador* [Sujeitos 7 e 9] ou até mesmo *incestuoso* [Sujeito 14], ou seja, um pai que não cumpriu satisfatoriamente sua função, e, na análise de cada caso, pudemos estabelecer algumas conexões entre essa falha e o ato de beber: ele é uma maneira de se aproximar desse pai e de mantê-lo presente no seu dia-a-dia. Nesse sentido, pensamos o álcool como uma metonímia do homem que desliza e se sustenta a partir do fantasma [conforme elucidamos ao descrever os casos 2, 7, 9 e 14], ou como companheiro de um ato solitário, similar à masturbação (Freud, 1987), um objeto que enseja um circuito auto-erótico e devastador.

Nogueira Filho (1999) e Santiago (2001) procuram mostrar que a busca da satisfação na toxicomania vai no sentido inverso da satisfação obtida no circuito da fantasia. Concordamos com esses autores, na medida em que consideramos a dependência de álcool um subgrupo entre as toxicomanias e acreditamos que não se trata de satisfação via fantasia, mas de devastação.

Em termos gerais, na direção do tratamento, não é aconselhável fornecer padrões de conduta ou diretrizes de como a pessoa deve viver, pois essas informações já estão excessivamente incorporadas (RMI↑) pelos sujeitos aqui em estudo. Deve-se vislumbrar o processo de reconhecimento e de apropriação das próprias fantasias, caso contrário, as recaídas tenderão a ser mais freqüentes, por elas não suportarem a pressão dos aspectos não integrados de sua personalidade.

Evidentemente, para que haja tratamento psicoterapêutico, é imprescindível que o sujeito o demande, mas pudemos verificar que isso nem sempre ocorre, sendo necessária uma intervenção radical — a internação —, na medida em que o mecanismo de negação atua também na percepção do excesso presente em seu ato de beber. Aqui, vislumbramos a importância do psicodiagnóstico como um instrumento de sensibilização.

É importante frisar que os resultados aqui discutidos referem-se a uma amostra pequena, e precisaríamos de um grupo maior de sujeitos pertencentes a essas estruturas, bem como de dados provenientes da análise de cada caso, para fazer generalizações, sendo necessárias outras pesquisas sobre o assunto.

V – CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa apontam a importância do estudo da construção fantasmática para a compreensão do sintoma.

Verificamos que esse sintoma — dependência de álcool — se desenvolve e eclode em sujeitos inábeis para tolerar/administrar as fantasias (geralmente de tonalidade destrutiva) e, diante da possibilidade de representação consciente destas, parecem recorrer ao álcool como forma de mitigá-las; como elas não desaparecem, a repetição do ato de beber se torna uma necessidade, parecendo se tratar de um escoamento motor das fantasias, antes que sirvam de enigma para o sujeito.

Fugir ou negar as próprias fantasias parece ser e aspecto central do grupo de mulheres aqui em estudo. As fantasias permanecem como elementos soltos, descolados, não integrados à dinâmica psíquica do sujeito, devido à presença do mecanismo de negação, mas esse mecanismo não anula a existência dessas fantasias – elas permanecem atuantes no psiquismo e possivelmente fazem com que o sujeito não se fixe às suas experiências, afastando-se rapidamente das situações que possam despertá-las [%G↑, estilo vivencial coartado].

Os resultados corroboram a idéia psicanalítica de que o alcoolismo pode ocorrer em qualquer uma das estruturas clínicas, mas, para ter acesso à dinâmica psíquica do sujeito, é preciso analisar individualmente cada caso. Detectamos alguns elementos constitutivos da histeria, da neurose obsessiva e da psicose e evocamos a idéia de a

dependência de álcool estar ligada à manutenção da presença de um pai insuficiente, falho mas necessário, na medida em que é referência à lei.

O beber seria uma forma de se aproximar desse pai e de mantê-lo presente no seu dia-a-dia. Nesse sentido, pensamos o álcool como uma metonímia do homem que desliza e se sustenta a partir do fantasma, como companheiro de um ato solitário, similar à masturbação — um objeto que enseja um circuito auto-erótico e devastador.

O álcool no lugar do falo (φ: álcool/ garrafa/ pênis/ homem/ pai) evidencia uma equivalência simbólica, traz à tona a dimensão do valor atribuído a um significante e estabelece uma série metonímica, ou seja, uma série de objetos como equivalentes conversíveis ao falo. Em outras palavras, há uma série metonímica que desliza sobre as fantasias, sejam elas incestuosas, agressivas ou destrutivas.

Sabemos que o fantasma é o articulador das fantasias inconscientes, sendo uma resposta diante do enigma do desejo do Outro. Por outro lado, verificamos que as alcoolistas tentam prescindir do Outro, ou seja, evitam responder ao enigma do Outro, portanto, não constroem sua particularidade como sujeitos. As fantasias aqui detectadas estão supostamente relacionadas ao fantasma materno, àquilo que não foi elaborado no âmbito familiar, estando ligado às crenças ocultas ou inconscientes.

Na maioria dos casos estudados aqui, observou-se a presença do beber progressivo e da captura imaginária — de repente, a pessoa perdeu o controle sobre seu ato —, como se fosse algo mágico e inexplicável para o sujeito. Ao tentar articular a dependência de álcool à própria história, prevalece o não saber, atribuindo-se o

alcoolismo a causas genéticas, ou seja, entra em cena o Discurso Universitário — o sujeito se exclui do conflito adotando uma linguagem teórica, falando daquilo que aprendeu sobre as pessoas que bebem. O discurso manifesto não é fruto de reflexão pessoal, mas repetição do saber universitário, o que dificulta a superação do sintoma, na medida em que reforça a exclusão do sujeito [RMI↑, %A↑].

O aumento no número de respostas vulgares indica submissão e esforço para se mostrar adequada, mas sem aceitar as injunções da realidade externa, ou seja, o limite ou a castração não são vividos como possibilidades de novas articulações, mas como obstáculos. Nesse sentido, podemos entender o alcoolismo como uma forma de tentar contornar ou destruir esse obstáculo.

A dependência de álcool evidencia a desorganização das relações de proximidade/intimidade e facilita as relações sociais superficiais e, ao mesmo tempo, favorece a manutenção de certa dissociação psíquica entre o campo afetivo e o campo intelectual, pela intensificação do mecanismo de negação. A discrepância do modo de funcionamento diante das situações de menor impacto afetivo (conjunto de pranchas monocromáticas) e das de maior mobilização afetiva (conjunto das pranchas coloridas) concorre para pensarmos sobre a dissociação entre os campos intelectual e afetivo.

Esse sintoma revela ainda uma tentativa de diminuir a angústia (ChL), um movimento de tentar anular a via pulsional pela via de um fazer e até mesmo uma forma de construir uma identidade (simbólico = "*sou*..."). Entretanto, isso implica uma redução imaginária, na medida em que há fixação na imagem fornecida pela

doença. Essa redução de identidade gera rigidez e dificulta o movimento criativo necessário à construção fantasmática individual.

No subitem 1 do Capítulo I, mencionamos a possível redução da subjetividade atribuída aos casos de toxicomania como sintoma social, mas isso parece não se aplicar à dependência de álcool em mulheres, pois o que observamos aqui não é uma redução da subjetividade, mas uma impossibilidade de assumir aquilo que lhe é próprio, ou seja, os aspectos afetivos e fantasmáticos que habitam o psiquismo.

Por se tratar de considerações preliminares, outros estudos são necessários para aprofundar o estudo da função do uso excessivo de álcool em cada uma dessas estruturas e seu ponto de ancoragem.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ABRAHAM, K. As relações entre a sexualidade e o alcoolismo. In*: **A direção da cura nas toxicomanias.*** Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Ano XI, número 24, maio/2003.

ACQUAAH-MENSAH, G.K., MISRA, V.; BISWAL, S. Ethanol sensitivity: a central role for CREB transcription regulation in the cerebellum. ***BMC Genomics*,** 2006, dec 5, 7:308.

ADRADOS, I. ***Teoria e Prática do Teste de Rorschach.*** Petrópolis/RJ: Vozes, 1991.

ANDRÉ, S. ***O que quer uma mulher?*** Campo Freudiano no Brasil, Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

ANGOVE, R., FOTHERGILL, A. Women and alcohol: misrepresented and misunderstood. ***J. Psychiatr. Men. Health Nurs.*** 2003, apr.; 10(2):213-219.

AUBRY, C., GAY, M.C., ROMO, L., JOFFRE, S. The alcoholic's self-image: a comparative study between men and women. ***Encephale.*** 2004, jan-feb; 30(1): 24-31.

BAUER, J. ***O Alcoolismo e as Mulheres.*** Contexto e Psicologia. São Paulo: Cultrix, 2003.

BECKMAN, I.J. Women alcoholics. A review of social and psychological studies. ***J. Stud. Alcohol.*** 1975, jul; 36(7):797-824.

BERGMAN, I.; HAVER, B.; BERGMAN, H; DAHLGREN, L.; NIELSEN, G. Personality characteristics of women with alcohol addiction: A Rorschach study of women in an early treatment programme. In: ***Scandinavian Journal of Psychology*,** 39, p. 47 – 54, 1998.

* De acordo com: Caderno de Estudos do SIBi – Nº 9 . Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso. São Paulo, 2004.

BETTARELLO, S.V. ***Características de personalidade de alcoolistas e evolução no tratamento.*** São Paulo. 1992. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

BICALHO, H.M.S. ***O fantasma na direção da análise***. São Paulo. 1990. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BLUME, S. Women and alcohol. ***JAMA.*** 1986; sep 19; 256(11):1467-1470.

BLUME, S. Chemical dependency in women: important issues. ***Am. J. Drug Alcohol Abuse.*** 1990; 16: 297-307.

BLUME, S.B.; ZILBERMAN, M.L.; TAVARES, H. Substance Use, Abuse, and Dependence in Adolescent Girls. In: Romans S, Seeman MV, eds. ***Women's Mental Health: A Life Cycle Approach.*** Lippincot Williams & Wilkins, 2005; 133-145.

BOHM, E.B. ***Manual del psicodiagnostico de Rorschach***. Madrid: Ediciones Morata, 1968.

BRASILIANO, S. ***Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química.*** São Paulo. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

BRIENZA, R.S., STEIN, M.D. Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? ***J. Gen. Intern. Med.*** 2002; 17: 387-397.

BUSSAB, W.O., MORETTIN, P.A. ***Estatística Básica***. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

CADORET, R., *et al*. Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives. ***Archives of General Psychiatry,*** 1980, may; 37(5): 561-563.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. ***I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001.*** São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)/ UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS-CEBRID. Disponível em: <http://www.cebrid.com.br e www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento. Acesso em: 27/08/07.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE ÁLCOOL – CISA. *História do álcool*. Disponível em: <http://www.cisa.org.br. Acesso em: 17/08/07.

CESAR, A.B.L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados Preliminares. In: ***J. Bras. Psiquiatria,*** 55 (3): 208-211, 2006.

CHABERT, C. ***A psicopatologia no exame Rorschach***. Trad. sob a revisão de Latife Yazigi. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

CHAGAS, S.S. A mulher toxicômana. In: ***A direção da cura nas toxicomanias*.** Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Ano XI, número 24, maio/2003.

CHANG, G. Brief interventions for problem drinkers and women. ***J. Subst. Abuse Treat.*** 2002, jul; 23(1): 1-7.

COELHO, L.M.S. ***Epilepsia e Personalidade*.** Ensaios, 14, 2ª ed., São Paulo: Atica, 1980.

CONTE, M. Necessidade – demanda – desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. In: ***A direção da cura nas toxicomanias*.** Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Ano XI, número 24, maio/2003.

CORRIGAN, E.M. Psychosocial Factors in Women's Alcoholism. In: ***Feminist Perspectives on Addictions.*** Springer Publishing Company: New York, 1991, p.61-71.

COSTA, G.P.M. A utilização dos exames de personalidade nos processos penais: a Prova de Rorschach e outras técnicas projetivas. In: ***Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica II.*** São Paulo: Vetor, 2006.

CUADRADO, P. Dependência alcohólica con y sin transtornos psiquiátricos asociados. ***Adicciones:*** 12, p.373-381, 2000.

DODES, L.M.D. ***The heart of addiction.*** New York: HarperCollins Publishers, 2003.

DOWNING, C. Sex Role Setups and Alcoholism. In: ***Feminist Perspectives on Addictions.*** Springer Publishing Company: New York, 1991, p.47-60.

DRIESSEN, M. *et al*. Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. ***Alcohol Clinical Experimental Research.*** 1998. Feb; 22(1), 77-86.

DUNKER, C.I.L. ***Lacan e a clínica da interpretação.*** São Paulo: Hacker Editores, 1996.

DUNKER, C.I.L. ***O cálculo neurótico do gozo.*** São Paulo: Escuta, 2002.

EGOROV, AIu. Late onset alcoholism: gender aspect. ***Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S.S. Korsakova.*** 2006; 106 (9): 17-21.

ESCOLÁSTICA, M. ***O gozo feminino.*** São Paulo: Iluminuras, 1995.

EXNER JR., J.E. ***Manual de Classificação do Rorschach para o sistema compreensivo.*** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

EXNER JR., J.E. ***Manual de Interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo.*** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

EY H., BERNARD P., BRISSET C. Alcoolmania. Psicoses alcoólicas. In*:* ***Manual de Psiquiatria.*** 198-, 5 ª Ed. Masson, Atheneu.

FEIN, G., TORRES, J.; PRICE, L.J., DI SCLAVANI, V. Cognitive performance in long-term abstinent alcoholic individuals. ***Alcohol Clin. Exp. Res.*** 2006; Sep; 30(9): 1538-1544.

FENICHEL, O. Adição a drogas. In: ***Teoria psicanalítica das neuroses.*** Trad. Dr. Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro – São Paulo: Livraria Atheneu, 1981.

FERENCZI, S. O álcool e as neuroses. In: ***Obras Completas – Psicanálise I.*** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

FREED, E.X. Alcoholism and the Rorschach Test: a rewiew. ***Journal of Studies on Alchohol.*** 1976; vol.37, nº 11, p.1633-1654.

FREUD, S. (1905). Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: ***Edição stantard brasileira das obras completas de Sigmund Freud***. Trad. sob a direção geral de Jayme Salomão. 2. ed., Rio de Janeiro: Imago, 1989, v. 7, p. 118-228.
—. (1909). Notas sobre um caso de Neurose Obsessiva. 1974, v. 10, p. 157-250.
—.(1912). Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor. (Contribuições à psicologia do amor II). 1970, v. 11, p. 161-173.
—. (1913 [1912-1913]). Totem e Tabu. 1974, v. 13, p. 13-191.
—. (1915). Instintos e suas Vicissitudes. 1974, v. 14, p. 129-162.
—. (1917 [1915]). Luto e Melancolia. 1974, v. 14, p. 271-291.
—. (1919). O Estranho. 1976, v. 17, p. 273-314.
—. (1925). A negativa. 1976. V. 19, p.293-300.
—. (1930 [1929]). Mal Estar na Civilização. 1974, v. 21, p. 75-177.
—. (1931). Sexualidade Feminina. 1974, v. 21, p. 259-279.
—. (1933 [1932]). Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. Conferência XXXIII. Feminilidade.1976, v. 22, p. 139-165.

GARCIA, M.L.T. ***Relações conjugais e conjugação de conflitos: o cotidiano de mulheres de alcoolistas.*** 1995. Tese (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do E.S.

GIANESI, A.P.L. ***Toxicômano? Considerações psicanalíticas sobre a toxicomania, o objeto droga e o sujeito da Psicanálise.*** 2002. Tese (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

GREEN, C.A; POLEN, M.R.; DICKINSON, D. M.; LYNCH, F.L.; BENNETT, M.D. Gender differences in outcomes in an HMO-based substance abuse treatment program. ***Addict Dis.*** 2004; 23(2):47-70.

GUINDALINI, C.; SCIVOLETTO, S.; FERREIRA, R.G.; NISHIMURA, A.; ZILBERMAN, M.L.; PELUSO M.M.; ZATS, M. Association of MAO A polymorphism and alcoholism in Brazilian females. ***Psychiatr. Genet.*** 2005; 15(2): 141-144.

GUIRADO, M. ***Instituição e Relações Afetivas: o vínculo com o abandono.*** São Paulo: Summus, 1986.

GUIRADO, M. ***Psicanálise e Análise do Discurso: matizes institucionais do sujeito psíquico.*** São Paulo: Summus, 1995.

GURFINKEL, D. ***A teoria das pulsões em Freud e a questão da toxicomania.*** 1992. Tese (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

HALLER, D.L.; MOTLEY, C.W.; SCHNOLL, S.H. Personality and addiction: focus on women. In: ***Addictive Behaviors in Women.*** New Jersey, Human Press, p. 01 – 38, 1994.

HEINRICH, H. ***Cuando la Neurosis no es e Transferencia.*** Colección la clínica en los bordes. Rosario: Homo Sapiens Ed., 1996.

HOCHGRAF, P.B. ***Alcoolismo feminino.*** XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências. Anais: Promoção Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas. Belo Horizonte, 10 a 14 de maio – 1995, p. 41- 43.

HOCHGRAF, P.B. ***Alcoolismo feminino: comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas.*** São Paulo. 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

HOCHGRAF, P.B. Mulheres farmacodependentes. In: ***Jornal Brasileiro de Dependência Química.*** 2 (Supl 1), p. 34-7, 2001.

HOWELL, Y.I.; HEISER, N.; HARRINGTON, M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. ***J. Subs. Abuse Treat.*** 1999; 16(3): 195-219.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. ***Drogadicção – Indivíduo, família e sociedade.*** Trad. Santiago Kovadloff. 3 ed.. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

KAYSEN, D.; DILLWORTH, T.M.; SIMPSON, T.; WALDROP, A.; LARIMER, M.E.; RESICK, P.A. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. ***Addict Behav.*** 2007, jun; 32(6):1272-83. Epub 2006.

KENDLER, K.S.; NEALE, M.C.; PRESCOTT, C.A.; KESSLER, R.J.; HEATH, A.C.; COREY, L.A.; EAVES, L.J. Childhood parental loss and alcoholism in women: a causal analysis using a twin-family design. ***Psychological Medicine.*** v. 26, p. 79 – 95, 1996.

KRISTEVA, J. ***As novas doenças da alma.*** Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

KRYSTAL, J.H.; SATALEY, J.; MASON, G.; PETRAKIS, I.L.; KAUFMAN, J.; HARRIS, R.A.; GELERNTER. J.; LAPPALAINEN. Gamma-aminobutyric acid type A receptors and alcoholism: intoxication, dependence, vulnerability, and treatment. ***Arch. Gen. Psychiatry.*** 2006, sep; 63(9): 957-968.

KUNTSCHE E.; KNIBBE R.; ENGELS R. Who drinks why?. ***Addictive Beheviors.*** 31, 1844-1857, 2006.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: ***Escritos.*** São Paulo: Perspectiva, 1992, p.223-259.

LACAN, J. A Significação do Falo. In: ***Escritos.*** São Paulo: Perspectiva, 1992, p.261-273.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 3. As psicoses.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 4. A relação de objeto.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 5. As formações do inconsciente.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 7. A ética da psicanálise.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 8. A transferência***. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 10. A angústia***. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 17. O avesso da psicanálise.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. ***O Seminário. Livro 20. Mais, ainda.*** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. Duas notas sobre a criança. ***Opção Lacaniana.*** Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. São Paulo. Abril de 1998, nº 21, p.-5-6.

LARANJEIRA R., SURJAN J. Conceitos básicos e diagnósticos. ***JBDQ***. 2001; 2 (Supl 1); 2-6.

LE POULICHET, S. Toxicomanias. In: ***Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lacan.*** Rio de Janeiro:Zahar, 1996.

LEITE, C.M. ***Relações entre dependência de cocaína e transtornos depressivos.*** São Paulo.1995. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MAINGUENEAU, D. ***O contexto da obra literária: enunciação, escritor, sociedade.*** Trad. Marina Appenzeller. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MAINGUENEAU, D. ***Discurso, corpo e voz: o ethos como vetor de análise.*** Conferência Patrocinada pela CAC – Escolar, maio/1995.

MAINGUENEAU, D. ***Novas Tendências em Análise do Discurso*****.** Trad. F. Indursky. 3ª ed., Campinas: Pontes, 1997.

MELMAN, C. ***Alcoolismo, Delinqüência e Toxicomania – uma outra forma de gozar*****.** Trad. Rosane Pereira. São Paulo: Escuta, 2000.

MENDES, D.L., VAZ, C.E. ***Alcoolismo feminino e grupos de ajuda por meio do Rorschach e do IECPA (Innventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool)*****.** III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos. Casa do Psicólogo e SBRo. Porto Alegre, 2004, p.113-120.

MENGEL, M.B.; SEARIGHT, H.R.; COOK, K. Preventing alcohol-exposed pregnancies. ***J. Am. Board Fam. Med.*** 2006. Sep-oct; 19(5): 494-505.

MERIKANGAS, K.R., GELERNTER, C.S. Comorbidity for alcoholism and depression. ***Psychiatr. Clin. North Am..*** 1990, Dec.; 13(4): 613-632.

MILLER, J.A. A criança entre a mulher e a mãe. ***Opção lacaniana.*** Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. São Paulo, Abril de 1998, nº 21, p.7-12.

MILLER, J.A. O osso de uma análise. Texto do Seminário estabelecido por Sônia Vicente. Biblioteca – agente, 1998.

MIRANDA, M.L.M. O imaginário nas toxicomanias. In: ***A Imagem Rainha***. Escola Brasileira de Psicanálise, s/d.

MONTANE-JAIME, K.; MOORE, S.; SHAFE, S.; JOSEPH, R.; CROOKS, H.; CARR, L.; EHLERS, C.L. ADH1C*2 allele is associated with alcohol dependece and elevated liver enzymes in Trinidad and Tobago. ***Alcohol.*** 2006, Jun.; 39(2):81-86.

NASIO, J.D. ***Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan.*** Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

NASIO, J.D. ***Os grandes casos de Psicose.*** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

NACIONAL SURVEY ON DRUG USE AND HEALTH - NSDUH. Disponível em: <http://www.oas.samhsa.gov/nsdu. Acesso em: 22/09/07.

NIEMELA, O. Biomarkers in alcoholism. ***Clin. Chim. Acta.*** 2007, feb; 377(1-2): 39-49.

NOGUEIRA, L.C. ***A Psicanálise: uma experiência original. O tempo de Lacan e a nova Ciência.*** 1997. Tese (Livre-docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

NOGUEIRA, L.C.; BICALHO, H.; ABE, J. As duas vertentes: significante e objeto a. ***Psicologia USP***. 2004, 15 (1/2), 339-343.

NOGUEIRA FILHO, D.M. ***Toxicomanias.*** São Paulo: Escuta, 1999.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. ***Clin. Psychol. Rev.*** 2004; 24(8): 981-1010.

OLIVEINSTEIN, C. *et al*. ***A clínica do Toxicômano: a Falta da Falta.*** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ONLAND-MORET, N.C. *et al.* Alcohol endogenous sex steroid levels in menopausausal women: a cross-sectional study. ***J. Clin. Endocrinol. Metab.*** 2005, mar; 90(3): 1414-1419. Epub 2004.

PELTZER, K. Prevalence of alcohol use by rural primary care outpatients in South Africa. ***Psychol. Rep.*** 2006, Aug; 99(1): 176-178.

PERRY, B.L.; MILE, D.; BURRUSS, K.; SVIKIS, D.S. Premestrual symptomatology and alcohol consumption in college women. ***J. Stud. Alcohol.*** 2004, jul.;65(4): 464-468.

PETTINATI, H.M. Gender and psychiatric comorbidity: impact on clinical presentacion of alcohol dependence. ***American Journal on Addictions.*** 9, p. 242-252, 2000.

RORSCHACH, H. ***Psicodiagnóstico.*** Tradução de Marie Sophie de Villemar Amaral. 8ª ed., São Paulo: Mestre Jou, 1967.

ROSEMBLOOM, M.J. *et al*. Persistent cognitive deficits in community-treated alcoholic men and women volunteering for research: limited contribuition from psychiatric comorbity. ***J. Stud. Alcohol.*** 2005, Mar; 66(2): 254-265.

ROSENFELD, H.A Psicopatologia da toxicomania e do alcoolismo. In: ***Os estados psicóticos.*** Trad. J. Salomão e P. Corrêa. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

RUDGE, C.O.R. ***Uma investigação comparativa entre alcoólatras e drogadictos em grupos anônimos.*** São Paulo. 2003. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SANTIAGO, J. ***A droga do Toxicômano: Uma parceria cínica na era da ciência.*** Campo Freudiano no Brasil, Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

SANTIAGO, J. Mais forte que eu: novas formas de satisfação do sintoma. In: ***Opção Lacaniana.*** 2001, nº 31, p.47-51.

SCHNEIDER U. *et al*. Comorbid anxiety and effective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Muticentre Study in Germany. ***Alcohol Alcohol.*** 2001. May-Jun; 36(3): 219-223.

SCHOBER, R.; ANNIS, H.M. Barriers to help-seeking for change in drinking: s gender-focused review of the literature. ***Addict Behav.*** 1996; 21: 81-92.

SCHUCK, A.M., WINDOM, C.S. Childhood victimization and alcohol symptons in females: causal inferences and hyphothesized mediators. ***Child Abuse Negl.*** 2001, aug; 25(8): 1069-1092.

SCHUCKIT, M. ***Abuso de álcool e drogas***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SEPPÄ, K.; LÖF, K.; SINCLAIR, D.; SILLANAUKE, P. Hidden alcohol abuse among women. ***Br. J. Psychiatry.*** 1994; 164 (4): 544-546.

SILVA, M.D.V. ***Rorschach: uma abordagem psicanalítica.*** São Paulo: EPU e EDUC, 1987.

SILVEIRA, A. ***Prova de Rorschach: Elaboração do Psicograma.*** São Paulo: Ed. Bras., 1985.

SIMPSON, T.L.; MILLER, W.R. Comcomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: a review. ***Clin. Pychol. Rev***. 2002, 22(1): 27-77.

SKRIABINE, P. Faltas morais chamadas depressões. In: ***O sintoma charlatão.*** Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p.233-8.

SLONE, L.B; NORRIS, F.H.; RODRIGUEZ, F.G.; RODRIGUEZ, J.J.G.; MURPHY, F.G. Alcohol use and misuse in urban Mexican men and women: an epidemiologie perspective. ***Drug and Alcohol Dependence.*** 85, 163-170, 2006.

SOLER, C. ***Variáveis do fim de análise.*** São Paulo: Papirus, 1995.

SOLER, C. ***A psicanálise na civilização.*** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SOLER, C. ***O que Lacan dizia das mulheres*.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SPROHGE, E.; HANDLER, L.; PLANT, D.D.; WICKER, D. A Rorschach Study of Oral Dependence in Alcoholics and Depressives. ***Journal of Personality Assessment.*** 2002, 79 (1), 142-160.

SVIKIS, D.S.; MILES, D.R.; HAUG, N.A.; PERRY, B.; HOEHN-SARIC, R.; MCLEOD, D. Premenstrual synptomatology, alcohol consumption, and family history oh alcoholism in women with premenstrual syndrome. ***J. Stud. Alcohol.*** 2006, nov.;67(6):833-836.

TABAKOFF, B.; HOFFMAN, P.L. Genetics and biological markers of risk for alcoholism. ***Public Health Rep*.** 1988, nov-dez, 103(6): 690-698.

TRAUBENBERG, N.R. ***A Prática do Rorschach.*** Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1970.

WANG, J.C. *et al*. Funcional variants in TAS2R38 and TAS2R16 Influence Alcohol Consumption in High-Risk families of African-American Origin. ***Alcohol Clin Exp Res.*** 2007, Fev; 31(2): 209-215

WEISNER, C, SCHMIDT, L. Gender disparities in treatment for alcohol problems. ***JAMA.*** 1992, oct 14; 268(14):1872-6.

WHITEHALL, J.S. National guidelines on alcohol use during pregnancy: a dissenting opinion. ***Med. J. Aust.*** 2007. Jan. 1; 186(1): 35-37.

WINDLE, M.; WINDLE, R.C.; SCHEIDT D.M.; MILLER G.B. Physical and sexual abuse and associated mental desorders among alcoholic inpatient. ***Am. J. Psychiatry*.** 1995, 152:1322-1328.

ZILBERMAN, M.L. ***Características clínicas da dependência de drogas em mulheres.*** São Paulo. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ZILBERMAN, M.L.; HOCHGRAF, P.B.; BRASILIANO, S.; MILHARCIC, S.I. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. ***Subst. Use Misuse.*** 2001. Jun; 36 (8): 1111-1127.

ZILBERMAN, M.L; TAVARES, H.; EL-GUEBALY, N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. ***Can. J. Psychiatry.*** 2003; feb, 48(1): 5-13.

ZILBERMAN, M.L.; TAVARES, H.; EL-GUEBALY, N. Gender similarities and differences: the prevalence ans course of alcohol- and other substance-related disorders. ***J. Addict Dis.*** 2003; 22(4): 61-74.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. ***Rev. Bras. Psiquiatr.*** 2005; 27(supl II): 51-55.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Substance Use and Abuse in Women. In: Romans S, Seeman MV, eds. ***Women's Mental Health: A Life Cycle Approach***. Lippincot Williams & Wilkins, 2005; 179-190.

ZLOTNICK, C. *et al*. Childhood Abuse and Intake in Alcohol Disorder Patients. ***Journal of Traumatic Stress.*** 2006, Dec; 19(6): 949-959.

VII – ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento

Declaro ter recebido as seguintes informações a respeito de uma pesquisa da qual farei parte como sujeito:

- a pesquisa visa investigar as características de personalidade e a dinâmica intrapsíquica de mulheres dependentes de álcool, a fim de orientar o trabalho psicoterapêutico;
- num primeiro momento será realizada uma entrevista semi-dirigida, em seguida será aplicada a prova de Rorschach e no último encontro, ocorrerá a entrevista devolutiva;
- a paciente pode desistir ou interromper sua participação nesta pesquisa no momento em que desejar;
- a não concordância em participar desta pesquisa não acarretará prejuízo de nenhuma espécie, a paciente continuará a receber todos os esforços da equipe para sua total recuperação.

De posse dessas informações, consinto em fazer parte desta pesquisa.

São Paulo, ____/____/_____ Assinatura: _____

ANEXO B – Terminologia do Rorschach

símbolo	significado
r	total de respostas do protocolo
modalidades	significado
G	▪ resposta que abrange a prancha toda: global
P	▪ pormenor primário
p	▪ pormenor secundário
p’	▪ pormenor do tipo inibitório
E	▪ resposta relativa ao espaço em branco
GE	▪ resposta global com menção ao espaço em branco
PG	▪ resposta aparentemente global, mas na realidade oriunda apenas de um pormenor que dá sentido ao todo.
GP	▪ resposta global em que o conteúdo é somente parte humana ou parte animal, uma vez que isso não seja estatisticamente freqüente.
determinantes	significado
M	▪ movimento de figura humana ou antropóide, ou peculiar a ser humano
m	▪ movimento animal não antropóide
m’	▪ movimento de oposição, de contenção, ou em tendência, ou de ser inanimado
Ps	▪ perspectiva, com elemento forma como primário na associação
ps	▪ perspectiva de formas vagas, a 3ª dimensão como elemento primário
ps’	▪ profundidade, ou amplidão sem elemento forma
F+	▪ resposta determinada pela forma, com freqüência superior a 5% entre adultos normais em condições normais de pesquisa
F –	▪ resposta forma, com freqüência inferior a 5% nas mesmas condições acima
F_0	▪ resposta de forma cuja freqüência não foi ainda suficiente para avaliação estatística
L	▪ forma bem delimitada, determinada pela luminosidade, isto é, pela reação subjetiva aos tons claro-escuros
l	▪ sensação de relevo, ou de textura, determinada pela luminosidade, isto é, pela luminosidade
l’	▪ contraste entre luz e sombra, simplesmente; ou efeito de transparência, ou ausência de estrutura, ou ainda sensação tátil
FC	▪ resposta baseada na forma e secundariamente pela cor
CF	▪ resposta provocada pela cor e secundariamente pela forma
C	▪ resposta determinada pela cor, sem participação da forma
C’	▪ tons acromáticos – branco, preto, sombreado – usados como cor na resposta, porém – na nossa acepção – coma forma implícita na associação
NC	▪ nome da cor apenas, sem interpretação
NC’	▪ mesmo fenômeno acima, em relação a tom acromático. A rigor, na nossa acepção, a notação seria nl’. Conservamos a abreviatura por ser a usada habitualmente
Pos	▪ interpretação determinada somente pela posição relativa das manchas

conteúdo – notação		conteúdo – notação	
A	figura animal	Fg	fogo
PA	parte de figura animal	Ggr	acidente geográfico
H	figura humana	Mp	mapa
PH	parte da figura humana	Ml	referência militar
Ab	abstração	Nat	fenômeno da natureza
Al	alimento	Nv	nuvem
Anat	anatomia	Obj	objeto
Ant	antigüidade	Pz	paisagem
Arq	arquitetura	Rl	referência religiosa
Art	arte	Sg	sangue
Bt	botânica	Sx	sexo
Ci	ciência	Vst	vestimenta

ANEXO C – Ficha de fórmulas segundo método e terminologia de Silveira e expectativa em relação à população normal

fórmula	**expectativa (adultos – população brasileira)**
R = número de respostas	43,7 – dp 20 = 23,7 a 63,7
T/R = tempo total ÷ R	0,3 a 0,8 minutos ou 18” a 48”
Elab.	31,1 – dp 26,44 = 4,66 a 57,54
%F = [(F^+ + F^- + Fº) x 100] ÷ R	64% – dp 8% = 56% a 72%
% F^+ = (F^+ x 100) ÷ (F^+ + F^-)	87,5 – dp 5% = 82,5 a 92,5
%V = (V x 100) ÷ R	27% – dp 5% = 22% a 32%
%A = [(A + pA) x 100] ÷ R	37% – dp 4% = 33% a 41%
RMI = (%F^+ + %A + %V) ÷ 3	50% – dp 5% = 45% a 55%
%H = [(H + pH) x 100] ÷ R	10% a 20%
Af = ∑ R color ÷ ∑ R mono	1,2 – dp 0,1 = 1,1 a 1,3
Imp = R(II+III) ÷ R(VIII+IX+X)	0,34 – dp 0,05 = 0,29 a 0,39
Con = %F^+ – (100 – %F)	50% – dp 3% = 47% a 53%
Lambda = (R – ∑ F) ÷ ∑ F	0,50 – dp 0,10 = 0,40 a 0,60

ANEXO D

Entrevista: Sujeito 1

E: Gostaria que você falasse sobre sua vida.

F: Assim de modo geral ou em relação ao álcool?

E: As duas coisas.

F: Hã... hã... por onde eu começo? ...eu não sei... não sei (risos)

E: Por onde você quiser.

F: (risos)... eu fico tímida. Hã...

E: Por quê? Você se considera uma pessoa tímida?

F: Bastante, bastante fechada... sou muito fechada... Eu falo com as pessoas, converso com as pessoas, até dou aula na faculdade, mas eu assim no íntimo ali, ninguém entra! Fiz análise anos, e anos, e anos, e anos... e todos os analistas com quem eu fiz, eles falavam: "Nossa!! Você é uma coisa que é impenetrável. Você é uma pessoa muito difícil de conhecê-la". Sou advogada, gosto muito de estudar esta coisa toda e minha família toda, com exceção da minha mãe, da minha tia, e de uma prima, todos os demais membros da minha família são alcoólatras. Meu pai morreu por alcoolismo, eu tenho uma irmã que morreu também em decorrência do, eu não diria por alcoolismo, mas ela usou droga, era dependente química, e eu, nunca nem gostei do gosto de bebida alcoólica... (tosse)..., até hoje não gosto. Aí eu comecei, eu provei uma vez e gostei do efeito da bebida, e não do sabor em si... o sabor em si eu sempre achei muito ruim... e aí foi indo!!! Então, quando entrei na faculdade, tomava mais um pouco... não tinha aula o dia inteiro... aí a gente saia no final da tarde... não... no colegial já... saia no final de tarde da aula, tomava uma cerveja... aquela coisa... vai indo... vai indo...vai indo..., aí entrei na faculdade, começou a época de happy hour, vai fazer a happy hour com o pessoal, ... a aí foi, e quando eu vi... eu tava completamente do álcool. Eu tentei fazer... hã... quando a coisa tava muito feia... hã...bom...nessa época, já eu posso ta num psicanalista, e ele me passou uma série de remédios, e eu parei de beber completamente. Eu parei de beber, tive uma convulsão, eu fiquei muito assustada, e eu parei de beber... assim... do dia pra noite... assim... eu... hã... morava com uma pessoa, e em casa a gente tinha bebida... assim... a rodo... e eu não mexia. Fiquei um ano e meio na noite sem beber nada... mas eu tava tomando remédios, e daí o que aconteceu?... e esses remédios, eu acho que eles inibiam um pouco... era um remédio roxinho, que é ...não vou lembrar o nome agora.... que ele inibi um pouco, ele segura um pouco a ansiedade... eu não vou lembrar o nome dele...é um remédio até ...bem antigo...e aí...eu parei de beber esta época...fiquei ótima...eu não bebia nada...todo mundo ficava surpreso...

E: Você bebia à noite, com companhia...

F: ...sempre só à noite... até essa época eu só bebia à noite e acompanhada,... depois que a coisa piorou...aí ... bebia em casa... em casa porque eu sempre tive horror de sabe...dar vexame em público...estas coisas de "gente que bebe e cai por aí"...na frente de todo mundo, sempre tive horror....então eu sempre bebi sozinha em casa...e aí nessa época eu parei de beber e eu ganhei uma

bolsa pra fazer doutorado na Itália e eu fui pra lá. E aí eu cheguei lá, fiquei sozinha... essa pessoa com quem eu morava na época era o meu namorado, ficou... e eu cheguei lá sozinha... Itália, país vizinho né!...aí eu comecei a trabalhar na faculdade e no escritório... mas NEM!!!...um belo dia, eu saí do escritório, e eu tinha que passar pelo supermercado... falei assim: "vou comprar uma garrafa de vinho"... aí comprei!...daquele dia em diante eu bebia junto com o remédio... eu não podia fazer por causa dos remédios, e aí eu fiquei muito mal, tive que voltar pro Brasil e comecei a beber sem parar... eu tive várias internações...mas aí a minha bebida era solitária absolutamente, dentro de casa, e sozinha. Aí eu tive várias internações... eu fui pra V. S., várias vezes fui internada lá... aí o médico da V. S. foi o que o ano passado eu conversei com ele, falei "eu vou ao meu médico né?"... por que eu tinha vergonha de chegar num médico normal e dizer: "... olha... eu sou alcoólatra... tal... eu não posso tomar isso, não posso tomar aquilo..."... então, ele já sabia do meu caso...ele foi paciente do Dr. W. , Dr. V....e ele falou assim: "...olha F. ...você vai pro hospital!"...e aí foi que eu conheci o Dr. W... eu vim falar com ele, mas eu estava completamente pirada porque eu estava misturando remédios que outros médios que não o Dr. V., que outros médicos tinham me dado, com álcool e eu tava "pi"... e não falava "a" com "b", e o Dr. W. falou: "...olha...eu vou te internar!" ... e eu não gostei dele... não fui com a cara dele... falei muitos desaforos pra ele... aí no fim quando baixou um pouco essa... eu tava fora de mim... quando baixou um pouco essa prepotência... aí eu liguei pra ele e falei: "olha o senhor me desculpa, daria pra, o senhor pode me ajudar?"... aí eu fui e fiquei na clínica 47 dias lá em tratamento com ele... saí de lá ótima...

E: Isto em que ano?

F: Agora, em 2003. Eu fiquei de janeiro até março... aí fiquei 47 dias com o Dr. W. lá... e saí de lá muito bem, ...saí ...ele continua me atendendo aqui todas as quintas-feiras eu venho no consultório e daí eu fiquei sabendo que eu perdi o emprego!... que eu estava em licença médica, né? Aí no dia que eu soube que eu perdi o emprego... aí bebi tudo de novo... bebi tudo outra vez....vou ter um trabalho todo que já tinha sido feito... eu tava bem... parei de freqüentar sala e fiquei depremidíssima e aí voltei a beber tudo outra vez... e agora to numa fase que o Dr. W. cortou a medicação que ele tava me dando e pra ver se eu abaixo a bola... entendeu?... Se eu paro realmente de beber freqüentando as reuniões de alcoólicos anônimos... eu detesto...ontem eu liguei a televisão...tava passando uma reunião de Mada lá da novela das 8...deu vontade de desligar... só de ver aquilo eu não suporto... aí ele falou: "não... você não tem alternativa! Ou você pára e freqüenta as reuniões ou então vou tirar o remédio (palavra inaudível)." Porque tenho antidepressivo mais um estabilizador de humor... então, ele achou melhor tirar os remédios e esperar uns 20 dias até eu baixar e ver como eu estou ficando, que eu não estou bebendo e assim eu tenho um período de compulsão pelo álcool que é muito curioso, porque eu nunca vi alcoólatra que só bebe à noite... durante o dia pode ter festa, pode ter churrasco, qualquer coisa... eu não ponho a mão em bebida alcoólica... não dá... não gosto nem de... não é uma questão de ressaca, porque eu nunca tive ressaca, mas a minha compulsão dura das 6 da tarde às 8 da noite... se entre 6 e 8 eu não beber, mas se eu... eu até combinei uma jogada com o Dr. W., "olha... eu vou sair de casa, então às 5 horas pra reunião... tem reunião as 6 e volto pra casa às 8,... então estou fora do... são duas horas por dia... né?" São duas horas graves... são duas horas graves e tenha o que tiver... porque eu

posso estar fazendo o que for... eu largo pra eu ir beber... então, eu evitava...to saindo às 5...volto às 8 e meia por aí...

E: você freqüenta as reuniões todos os dias?

F: Eu propus todos os dias, mas todos os dias eu não vou, quando eu estou bem mesmo, eu vou, deveria, o Dr. W. não fala pra ir todos os dias... agora, eu tenho ido por que eu to assustada né!...e vi também que dá resultados se eu sair de casa 5 horas da tarde antes do anoitecer e voltar às 8 horas, eu to livre de qualquer... de beber naquele dia pelo menos. Não há tratamento que garanta... ficar abstêmio 8 horas, 24 horas né? Como a gente fala.

E: Você odeia estas reuniões...

F: ...eu não gosto, eu acho deprimente! Eu acho muito deprimente e acho... e especialmente o grupo que eu freqüento... tem pessoas que são muito agressivas e são muito... eu sou muito tímida... eu não gosto de ter de falar... eu corro de falar... entendeu? Isso é muito grave! Eu não gosto e nunca gostei... minha irmã parou de beber em 93... ela vai todo o dia, sábado e domingo... é uma coisa assim... ela se tornou fanática... eu não sei também se eu peguei um pouco de aversão pelo fanatismo dela... sabe que eu acho que tudo que é demais é... enfim... mas, eu não gosto das reuniões do A.A.... acho chatíssima, acho deprimente... acho uma atmosfera de gente falsa... ali dentro você não pode contar com ninguém porque a literatura diz: "porque não... porque os amigos de AA..."... amigos uma ova... ali um quer matar o outro... então eu sei que... pelo menos eu indo lá... eu me lembro desta minha condição, porque alcoólatra esquece rápido, né? Uma pessoa aparentemente normal faz tudo normalmente, só que bebe!... e então, eu acho que eu não gosto... não gosto mesmo... agora, tenho que ir, né? É o único jeito de eu manter assim segura neste horário específico de compulsão... e, isto eu sempre achei muito curioso, porque o Dr. V. diz que, que era médico da clínica e ele falava pra mim: "você não bebe durante o dia ainda, porque o alcoolismo é uma doença do ainda não faço determinada coisa"... Nunca bebi, nunca... não tenho a menor... menor vontade de... eu canso de sair pra almoçar com amigos, e eles tomam vinho, tomam isto, tomam aquilo, "porque eu pago!"... e então você vê e eles falam: "não bebe nada?"... eu falo: "não, eu não bebo"... e realmente durante o dia eu não bebo nada... porque aí seria o fim do mundo eu beber durante o dia, né? Seria aquela coisa clássica, né? De filme, né? De ver a pessoa levantando da cama e com a garrafa... então, to viva, né? E fico muito triste comigo, porque eu já perdi grandes oportunidades. O doutorado na Itália, por exemplo, que eu tava... teria dado, porque eu voltei pra cá e o meu orientador, liguei pra ele, fui ao médico e ele falou: "F., se trata e volta!". Mas aí, naquela altura do campeonato quando cheguei aqui, eu tava tão mal, aí eu me separei daquela pessoa com quem eu morava...

E: Ele não foi pra Itália?

F: Não, ele ficou aqui, mas nós morávamos juntos. Ele foi pra Itália comigo uns dois meses, aí quando foi que eu tinha voltado a beber, lógico, a pessoa... porque eu voltei àquele estado, eu me separei, porque eu entrei numa depressão tão profunda, que eu não tinha vontade de ir, não tinha vontade de mais nada. Então, eu acho que é uma doença que destrói, destrói a sua vida, e enfim... é incrível, né? Porque eu tive... impressionante... impressionante!! Quando eu saí da clínica, eu saí achando... achando assim, eu até me estranhava, porque normalmente... assim... as minhas internações, eu já tinha saído de três (tosse). Eu saia da Vila, e no dia seguinte eu tava bebendo, mas não tinha outra... e

na V não! Eu saí de lá, comecei fazer terapia com Dr. Z., com outro psicólogo de lá, e... eu fiquei bem... aí eu chegava em casa... porque eles falam "evite solidão, fome...". Fome, solidão... são três... e raiva! Três coisas que os alcoólicos anômimos. Se você tiver, por exemplo, ontem eu saí de casa, eu tava com a minha mãe e a gente ia ao cinema às 6 da tarde, e eu já tinha almoçado a uma e meia, então começou a me dar uma fominha... falei: "pára tudo, porque enquanto eu não encher a barriga, comer mesmo, não vamos pro cinema, porque senão eu vou chegar em casa e vou beber". Porque quando você está com o estomago cheio você esquece a bebida, ou então, comer doce também, doce também acaba com a vontade de beber, eu não sei por que razão, então eles falam: "evite fome, cansaço, solidão e raiva". Solidão é um pouco difícil, porque eu moro sozinha, então, é difícil você ficar... e mesmo quando eu saí lá da V2, eu chegava em casa tranqüilamente, tomava o meu banho, tranqüila não! Já abrindo a geladeira pra comer alguma coisa, porque todo o tempo que eu bebi, sempre foi assim, eu não jantava de propósito, eu não jantava, que eu era pra ter, primeiro que era pra ficar bêbada mais rápido, tinha um efeito muito mais rápido, e segundo, porque não combina você beber de estomago cheio, não combina... então eu não jantava de propósito, olha que loucura! Eu não jantava de propósito! Muitas vezes, as pessoas me convidavam: "vamos sair pra jantar"... eu: "não, não, obrigada"... agora, se fosse um happy hour, eu ia... agora, jantar, de jeito nenhum... então eu ia... "não, não, hoje eu to, eu comi muito no almoço, tal". Sabe quando você ta doente? Eu não comia, eu perdi as regras; evite fome, eu sentia fome; evite solidão, eu ficava sozinha. (Silêncio)

E: No início, você falou que seu pai morreu...

F: Sim, em 79.

E: Do que?

F: Olha, eu não sei, Glausa, exatamente o que é que foi! Eu sei que ele era alcoólatra, eu era pequena, eu tinha 5 anos, e ele foi internado e ele teve qualquer coisa de pulmão, mas... eu sei que ele teve alguma complicação, e só pode ter sido referente do álcool, ele abusava mesmo... ele bebia muito.

E: E você lembra dele?

F: Lembro, não de tudo, mas eu lembro dele.

E: De que cenas?

F: Eu tenho cenas agradáveis com ele, ele me agradando, saindo passear comigo, nunca... não me lembro de tê-lo visto bêbado... não sei se eu vi, e também bloqueei, alguma coisa assim, mas, não me lembro disso. Lembro de cenas agradáveis, agora, ele morreu muito novo, ele tinha 48 anos. E, enfim, minha outra irmã também usou drogas, álcool eu acho que ela não usava, mas, droga ela usou...

E: É mais nova ou mais velha?

F: Ela era dez anos mais velha do que eu... tinha 22 anos... ela era mais velha do que eu... ela usou drogas... A outra... são trigêmeas, né? São trigêmeas, uma do meio, e eu.

E: Trigêmeos?

F: É. Então, destes trigêmeos tem meu irmão, que é alcoólatra, mas não admite, não é sempre que ele bebe, mas, quando ele bebe, ele toma todas... uma ta doente... ela tem problema de... tipo...sei lá, ela tava bem, ...ela ficou mal, ela tem problema cerebral, que é transtorno bipolar, e ela deixou de pra (pára de repente!)...ela usava muito álcool antes e parou, e aí tem essa outra que morreu... e agora que ta num... uns dez anos também... depois parou.

E: Mas sua mãe não fez tratamento pra engravidar, alguma coisa assim...

F: Não.

E: Trigêmeos...

F: Do nada, né? ... isto eles tem 49, vai fazer 49 anos... então, imagina! 49 anos atrás, nem fraldas descartáveis tinha... é... um barato!

E: E sua mãe não casou de novo?

F: Não, ela ficou sozinha e ela tinha 35 anos, ela era nova. (Pausa)

E: E a sua relação com ela, como é?

F: Com a minha mãe?

E: É.

F: Assim, eu adoro minha mãe, gosto muito dela, mas, ela me irrita profundamente... sabe? determinadas coisas que ela faz, ela me... porque ela é uma pessoa que não se permite ser feliz, sabe? Ela sempre tem que ser a sofredora, sempre tem que ser a coitadinha, sempre tem que ser... mas, ela é uma pessoa muito legal, ela me dá muito apoio, e... ela não se sente muito à vontade comigo... ela vai à minha casa, como ela foi, entrou lá, eu tava... na hora que ela chegou... eu tava de saída, que eu precisava levar meu cachorro pra passear, né? Que ele ia fazer o xixizinho dele... aí eu falei: "olha, eu vou descer com o Mineiro! Você espera aqui?"... ela falou: "não, eu vou com você"... falei: "então, ta bom"... aí eu desci com ele, andamos um pouco... aí ela cansou, falei: "senta aí no prédio que eu vou dar mais uma volta"... aí subi com ele... ela já veio, já pegou a bolsa, falou: "então, eu vou embora"... falei: "mas, você não veio aqui pra gente sair? Bater um papo? Tomar um café, fazer alguma coisa? Pra sair dentro de casa, também". Falou: "não, não, to andando, to andando...", mas não sabe... ela tem um pouco de... na minha casa ela fica toda cheia de dedos. Enfim, fomos ao cinema, ela adorou o filme, mas ela é uma pessoa muito... enfim, ela é difícil.

E: O contato afetivo?

F: É, ela é difícil, bem difícil. Eu sei que ela gosta muito de mim, mas ela é muito... difícil, chegar perto. (pausa) O Dr. W. falou que... outro dia eu cheguei aqui irritada com ela, e falo mal dela, ele falou pra mim: "acho que ela tem razão, e...". E ela tem razão... e ela tem razão mesmo, outro dia ela ligou aqui e ficou me procurando... e. eu achei o fim do mundo ela ligar aqui... e aí ele deu o maior esculacho em mim e falou: "ta certo ela ligar aqui"(risos)... (tosse)...

E: Ela se preocupa com você...

F: É, é verdade.

E: Por outro, incomoda muito e irrita. Tem vários lados.

F: É, têm vários...

E: E, depois que você rompeu com este moço com quem você morava, você namorou mais alguém?

F: Morar junto, sim, com uma pessoa... é... um italiano com quem eu fui morar em Paris, ele morava lá... hã... e foi meu namorado, mas, esse namorado... assim... foi namorado durante um tempo, depois eu quis voltar pro Brasil... ele quis ficar lá...e...não me envolvi mais seriamente com mais... tive um namorado o ano retrasado mais sério, mas... segundo o Dr. W., totalmente inadequado (risos)... mas...não tive mais ninguém e nem pretendo ter! eu tenho tanta coisa pra resolver na minha vida, que

eu acho que relacionamento pode ser depois, né? Eu tenho até medo, não quero nem mexer nesta área (Pausa)... tive uns namorados, mas, nada sério.

E: Você nunca pensou em ter filhos?

F: Eu nunca quis ter filhos. Eu nunca quis isso, mas desde muito pequena, viu? Desde... porque minha irmã, aquela que está no AA., a G., ela é obstetra, então, quando ela entrou na faculdade,... (tosse)... eu devia ter uns 13, 14 anos ...eu falava pra ela: "G., aquela cirurgia que a mulher faz depois do parto, pra não ter mais filho, a gente pode fazer antes de ter filho?"...e ela achava aquilo o fim do mundo...ela falava: "F., mas você com essa idade perguntando isso!!"... "não, não quero ter filho na minha vida"... e aí ela achava o fim...e ..eu nunca quis ter mesmo, nunca tive e ...principalmente, eu na minha condição de alcoólatra, eu acho que ...não tem como ...

E: Mas com 15 anos você não era...

F: (tosse)... mas já começava né?... engraçado! ... não... e depois, eu não tenho condições de tocar uma gravidez e ter um filho, bebendo?... eu sei, minha irmã fez isso... a irmã da criança teve seqüela por causa disso, porque ela parou de beber depois de ter tido três filhos, enfim... teve seqüelas, não sei... diz ela que não é nada relacionado ao álcool, eu tenho minhas dúvidas! Ele tem problema motor... e eu não sei...

E: Ele nasceu com isso?

F: Nasceu, na gravidez toda, ela tomou todas... então... tenho lá minhas duvidas.(pausa)...então, não pensei em ter, e também agora já é tarde, né?... filho você tem uma fase pra ter, uma idade mais ou menos compatível, senão você fica avó do seu filho, né? (risos). Eu acho estranho, por que... tudo bem! Você tem 40 anos e você tem filho... tudo bem, quando seu filho tiver 15, você vai ter 55 e a cabeça... não nem mais o filho, é a cabeça que não acompanha mais. 55 anos, você vai agüentar adolescente de 15? É um negócio complicado. Eu acho muito complicado. Então eu acho, ou tem logo, ou não tem! Essa coisa outro dia, eu tava lendo no jornal, historia de a mulher ter que ter filhos. Não acho não, não tem que ter: "não, que foi feita pra ter filhos e tem que ter filhos". Isso é conversa pra boi dormir. Tem muita mulher aí que não tem e não quer ter e ta sem. Imagina se eu tivesse tido filho, a confusão do coitado, a mãe sendo internada toda hora, enfim... por que eles sofrem, né? (Silêncio)

E: Você falou que teve uma convulsão.

F: Tive, no carro.

E: Em que período?

F: Isso foi quando... foi um pouco antes de eu parar de beber que eu fiquei aquele ano um pouco sem beber... eu ...tinha uma audiência pra fazer, eu tava bebendo muito, eu tinha uma audiência pra fazer em S., sei lá, era uma cidade do interior, e aí, por sorte, eu pensei comigo "não vou com meu carro, vou pegar um táxi". Foi a sorte. Aí eu fui no táxi, ele ficou me esperando lá. Eu fiz audiência, aí... da audiência, no caminho, eu comecei a sentir falta de ar...falei: "moço, eu to com falta de ar, abre os vidros, abre os vidros", e ele abria, e nada, nada, e eu com uma agitação, uma agitação, uma agitação... aí eu senti que eu ia passar mal, mas eu não sabia o que era... aí quando a gente chegou em São Paulo, na avenida do Estado, era final de tarde, e o céu tava preto, que ia chover... e tava aquele trânsito parado, quando eu olhei o trânsito parado, aí me deu um negócio... uma síndrome do pânico,

entrei em pânico mesmo, aí eu falei: “moço, eu vou morrer, pelo amor de Deus, me leva pro hospital”, porque ele ia me levar de volta pro escritório, e eu falei: “me leva pro hospital”, e ele assustado, né? E ele falou: “mas, eu não tenho como... olha só...”, tava tudo fechado, o trânsito parado, daí (tosse) tinha um camburão, por sorte, da polícia, do lado do carro, do táxi, né? E eu comecei a entortar, entortei as mãos, entortei, entortei feio... aí, mesmo eu com essa mão, eu falava pro motorista: “chama os guardas pra eles ajudarem”... daí os guardas entraram no táxi e me pegaram no colo, puseram no camburão e aí eles ligaram a sirene e foram indo pela calçada e todo mundo foi afastando e aí me levaram pra Santa Casa, eu só acordei no dia seguinte. Então, eu só acordei no dia seguinte... por que eu entrei lá... apaguei, aí os médicos me encheram de... remédio... sei lá... calmante... aí acordei com o N. do meu lado, que era a pessoa com quem eu morava, e assustadíssimo. (Pausa) Não sei se isso foi síndrome de abstinência, acho que provavelmente não, porque eu bebia toda noite. Daí eu sei que foi muito feio, e eu assustei tanto!!! Mas tanto com o negócio, que eu fiquei um ano e tanto sem beber por causa disso, de lembrar dessa... sabe? nossa!! Aí eu fui ao médico, num psicanalista, um psicoterapeuta e ele me receitou uns remedinhos, eu tomei, e parei, parei. Parei de medo, e acho que esse remédio, o nome dele, esqueço, esse roxinho, frontal. O frontal dá uma segurada naquela ansiedade, naquela coisa. Aí eu fiquei um ano e tanto sem beber por causa desse episódio. Fiquei muito assustada.

E: Teve delírio, alucinação?

F: Não. Delírio, alucinação, eu tive uma outra ocasião... (pausa)... por que eu tava bebendo muito, trabalhando demais.

E: Depois disso...

F: Depois, foi depois. Isto aconteceu em 93 (pausa)... 93... é... o delírio eu tive em 95(pausa)... 5 ou 6?...96 (pausa)... é... aí eu pirei... pirei, pirei, pirei, pirei. Eu moro no décimo quarto andar, meu apartamento tem lá uma varanda grande... eu joguei tudo o que tava dentro do meu apartamento pra fora, podia ter matado alguém lá embaixo... tudo... pirei! não sei da... como começou a piração, não sei como. Só sei que, eu abri todas as torneiras, o chuveiro, tudo, encharcou o apartamento, a água escorria por baixo da porta, corria pelas escadas do prédio, o pessoal interfonava pra falar, pra tentar falar, eu não abria a porta. E daí eu achei que eu fosse morrer, mas, eu tava completamente pirada. Aí eu saí...

E: E você via alguma coisa, você ouvia alguma coisa?

F: Até neste momento não. Daí eu saí na rua de tailleur, porque eu ia trabalhar, época depois do natal, eu ia trabalhar, saí de tailleur, sem calcinha e parei na... com um balde d’água, cheio de água... aí eu ia bem vendo as pessoas, eu via um monte de demônios, demônios, demônios, cada demônio horrível. Aí eu bem via as pessoas no meio da Avenida Paulista, não acabava, foi o dia inteiro de... delírios. Foi uma coisa, uma coisa! Eu via muitos diabos, eu vi muitos diabos, eu via crianças, eu lembro até de uma... uma moça com a filha, uma japonesa, ela subindo a Pamplona, e eu descendo a pé, porque eu saí a pé, meu pé... a hora que me pegaram, meu pé era só bolhas, de tanto que eu andei...ela vinha subindo a Pamplona com a filha pequena, uma japonesinha, e eu olhei pra menina, ela tava toda já...em decomposição, sabe? Então, era esse tipo de coisa que eu via. Demônios, demônios, foi uma coisa horrorosa, horrorosa, horrorosa. E me pegaram, aí eu fui pro escritório aonde eu trabalhava, o escritório inteiro tava me procurando, e. aí eles chamaram uma ambulância e me internaram no

hospital, e eu fiquei nesse hospital, e ...entrei lá pedindo pelo amor de Deus, pra tirar os demônios. Foi o dia inteiro, eu só viajava, só... uma coisa horrorosa.

E: Eram pessoas deformadas?

F: Não, e diabos também. (fim do lado A).

...eles me olhavam, sabe? Eles sabiam que eu tava passando, eles ficavam me olhando!!! Olhando-me assim... era uma coisa horrível. Porque o diabo de chifrinho é um diabo de chifrinho, mas era uma coisa mais pesada. Era uma coisa mais pesada, diabos com os pés virados pra trás, sabe? Uma coisa muito... horrível! Fiquei muito impressionada, e aí, eu sei que fiquei andando, ainda via as figuras (pausa). Fiquei o tempo todo absorvida... eu tava louca, doida mesmo, eu tava achando que aquilo existia, era uma coisa horrível. Daí me internaram neste hospital. Tanto é que me puseram numa aula de... pessoas perigosas, de pessoas piradas. Aí no mesmo dia me tiraram, e eu chorava, eu não parava de ver demônios, e aí uma semana depois eu estava normal. Sem nada, mas essas visões eu nunca esqueci. (pausa)... Eu pensei até que pudesse esquecer, porque foi uma loucura, foi um negócio de... eu não sei o que causou... eu não sei o que... o que deu causa a isso, só o álcool? (Silêncio)... Eu sei que o negócio foi... (tosse).

E: Você tem alguma religião?

F: Acredito em Deus. (Silêncio).

E: Você é católica?

F: ...eu não posso dizer que sou católica, que eu vou à missa, mas eu rezo... enfim... essa coisa de umbanda, nada de... eu via era coisa mesmo é de... parecia coisa de umbanda... agora não... eu sou católica, eu rezo, acredito em Deus (Silêncio)... normal. Então, eu não sei, foi muito tenso, graças a Deus eu nunca mais eu tive. (Silêncio). Eu ia andando pela Avenida Brasil, no meio, naquelas ilhas, eu andei muito... muito, então tem aqueles bueiros, não tem? Com aquelas tampas assim, na grama. E ali não eram bueiros, ali eram sepulturas, era um negócio horrível. As casas da Avenida Brasil, não eram casas, eram crematórios, era um negócio assim... era um negocio de louco... o cheiro era estranho, tudo era estranho. É um negócio que eu nunca entendi, e espero que eu nunca mais tenha. (Silêncio).

E: E depois disso você ficou algum tempo sem beber?

F: Não. Saí do hospital e comecei a beber.

E: Você não associou diretamente o fato...

F: Não.

E: Porque na convulsão você associou que estava acontecendo por causa do álcool, e depois você parou.

F: É. Mas acho que era (tosse)... eu comecei a beber normalmente.

E: E essa pessoa com quem você morava junto...

F: Ele foi pro hospital, avisaram... que eu tava na Santa Casa, avisaram.

E: Como que ele lidava com isso?

F: Ele ficava muito bravo, né? Ele ficava muito bravo, ele não suportava me ver... beber. Ele não gostava disso, só que ele usava maconha. Então, eu falava pra ele: “deixa, você tem que falar que eu

to bebendo? Você fuma sua maconha, né?”... só que ele fumava esporadicamente, e eu bebia todo santo dia, e ele não gostava (tosse).

E: Maconha, você usava?

F: Não, nunca usei. (Pausa)... graças a Deus (Silêncio).

E: Gostaria de falar algo mais sobre a sua vida?

F: É isso.

E: Obrigada.

Entrevista: Sujeito 9

E: Gostaria que você falasse sobre a sua vida.

S: Ta, a partir de quando comecei a beber ou tudo, no geral? Diz-me o que você quer saber também (risos) história tem de sobra, agora da onde você quer?

E: Eu gostaria de saber de modo geral e também sobre a bebida.

S: Ta. Olha assim... Tenho 37 anos e... eu... vou contar a minha história escolar primeiro. Bom, fiz até o segundo científico e sempre fiz balé desde os 7 anos de idade, meu sonho era ser bailarina, hum, bailarina clássica. Ai comecei a... balé e daí depois do segundo científico eu resolvi que eu queria ser bailarina mesmo, não queria mais de di... meu pai era médico, ai fiz um teste pra. Ai comecei a fazer uns testes de... um método que a gente usava lá na Bahia e que é mundial que é o método da “Royel” de Londres e vinha uma examinadora de qualquer lugar do mundo e é examinava a gente, treinava durante o ano pra fazer esse exame. Ai eu comecei a fazer estes exames e é ia super bem nos exames, só tirava nota máxima que é o... e daí resolvi realmente que eu queria fazer o balé como uma opção de profissão e pro resto da vida, aquele sonho e tudo e ai meu pai falou “bom” eu já tinha um irmão que fazia medicina no México, uma irmã que estava fazendo curso de inglês na Europa, ai meu pai falou assim “bom, primeiro porque eu acho que balé não é uma profissão” na época pra mulher, pra uma menina direita, de família, rara... “depois que você não vai sozinha pra Londres fazer o curso de balé, só se sua mãe fosse, sua mãe não vai e então você não vai”. Ai eu comecei a procurar o que eu pudia dentro do Brasil, da Bahia, pra entrar numa companhia, pra ser uma profissional né. Ai foi na época justamente que eu conheci uma pessoa, que foi o E. que foi meu namorado 15 anos, ai começa a ficar meio dividida entre amor e o que você quer fazer e a sua profissão, porque bailarina é uma coisa que você tem que abrir mão de muita coisa, né, sol, comida, bebida, então é... fim de semana, esporte, você tem que ficar treinando, aquele sacrifício todo que você tem que fazer. E ai que o amor, a paixão por este cara foi assim além da minha paixão que eu tinha pelo balé, é o príncipe encantado da minha vida, é o homem que eu desejo, eu tinha 16 pra 17, ai foi um desastre na minha vida porque ai você começa a se dividir por uma coisa que não tinha nada que dividir porque hoje em dia você, primeiro você tem que continuar sendo aquilo que você é e procura, hoje em dia eu não abriria mão jamais do ideal da minha vida por causa de ninguém, até porque ninguém merece isso e fora quando é... você também descobre que não é pessoa que não tem nada a ver com você, mas até você descobrir você

vive aquela paixão, aquela coisa, foi daí que eu aprendi a fazer tudo de errado na minha vida (riso) com ele, comecei a beber, é... aprendendo com a vida também, experimentando outras coisas, então é... aí o balé já ficou meio assim tipo "Ah agora acho que posso ser professora porque é... pra ser bailarina já vou ter que abrir mão da minha vida, de namoro, de isso e aquilo", aí comecei a ensinar, aí dava pra conciliar mais, sabe eu fiz Pedagogia, resolvi fazer o curso, fiz Pedagogia, fiz Magistério, eu sempre gostei muito de criança e fiquei ensinando também a criança e adolescentes e tudo, e... é namorando, mas aquela coisa aquele namoro meio desgastante, uma coisa muito estressante, sabe, ele foi muito mulherengo e tudo. Ai eu senti, por exemplo, E. sempre bebeu muito, bebe muito, eu hoje em dia, depois que eu fiz o meu tratamento, tudo, eu considero ele alcoólatra e é... eu acho que eu usei na época, eu usei a bebida também como fuga para os meus problemas, porque, por exemplo, hoje eu acho que identifico que em mil coisas é, você se conhece tanto depois que você faz este tratamento e amadurecimento, por exemplo, na época vamos supor conheci o E. e que vivi esta paixão louca eu teria que ir direto numa é... mulheres que amam demais, primeira coisa (riso), depois que é... eu já não passei, não que eu não gostasse do gosto, eu gosto do gosto da bebida, mas eu comecei a usar a bebida também como fuga pros meus problemas com ele, a minhas depressões, as minhas crises são... as brigas e ai eu acho que eu bebia pra esquecer e depois é... bebia pra chorar também, bebia pensando aquela coisa, jovem, amando (corno? Palavra inaudível) e sendo trocada por outras meninas e ai aquela confusão, aquele tumulto de namoro, de adolescente passando pra fase adulta, depois uma paixão enlouquecida que eu tive foram quinze anos da minha vida que eu me entreguei de corpo e alma pra um homem, eu digo que a minha doença tem o nome de E., mas até do que o próprio, a própria depressão, não digo o alcoolismo acho que/ eu/ de/ (fala de "soquinho") sou uma alcoólatra, tenho esse, essa... não posso beber, não sei beber, entendeu? Eu não sei beber, é... talvez... eu exagero, eu exagero, eu sempre, eu acho que, não sei se pelas fases da minha vida, assim, é muito pessoal, é... uma falta de realização de que eu sinto, fui apaixonada, ah eu era, eu modelo, meu pai e minha mãe como modelo de amor, eu sempre fui uma pessoa muito apaixonada, apaixonada pelo pro outro, sempre achei aquilo você tem que amar e você têm que amar muito, sabe, me via cheia de filhinhos, tinha aqueles sonhos todos, sabe? Então, e de repente eu conheço uma pessoa que eu acho que é ele que eu quero pro resto da minha vida, mas ele não é, ele não acha que eu sou a mulher pro resto da vida dele, entendeu? Então, eu amei demais uma pessoa que não me amava tanto, me amou um pouco, mas não me amava como eu o amava, porque eu amava mais ele do que a mim. Eu acho que eu comecei a usar a bebida como um refúgio, um uma válvula de escape pros meus problemas e ai a coisa foi se agravando porque ai eu acho que eu fui perdendo a... o domínio, mas caberia ta me dominando mais, entendeu, porque eu já não tinha mais controle, eu não sabia beber e... parar uma certa hora, "não agora eu não to mais legal", eu ia até as últimas e ai se eu tava mal com ele, ai eu chorava, na frente de todo mundo, se eu tava bem com ele, ai eu curtia muito com ele, dava muita risada rarare porque ele tava também comigo, e tava curtindo porque ele também bebia muito e... pronto. Ai foram anos da vida com ele, assim, neste vai e vem, nestes términos e bebendo e... mas também, como eu digo, acho que é... bebia, curtia, tinha uns momentos, não era, não dava pra identi... não tinha ainda acho que a depressão também, entendeu, e eu acho que ainda tava, ainda tava claro que era um problema assim, é... de falta de amadurecimento, de relacionamento, uma indecisão direito

do que que era com ele, mas eu tinha o meu trabalho, eu era realizada profissionalmente, fazia o que eu gostava, então acho que ainda dava pra segurar a situação, até que a gente passou, passamos 6 anos separados, eu conheci uma outra pessoa, um cara mais velho que eu, onze anos mais velho, mas uma pessoa que gostou muito de mim, já foi o oposto do outro, me deu tudo de amor, carinho, fazia parte realmente da vida dele, mas ele tinha um problema horrível com droga, com cocaína, então, é... eu experimentei algumas poucas vezes, mas não gostei e eu acho que você não... é ai já é o indicar, porque com droga ou você arruma uma outra que seja drogada também pra fazer junto, pra destruir os dois juntos ou então você porque puxando contra a maré, tentava ajudar ele, mas ele não queria, não conseguia, porque na época eu não sabia também, ai acho que é safadeza, que é falta de vergonha e... você não sabe o que é dependência química entendeu? Você não e quer ajudá-lo, sabe algumas maneiras "ah, vai procurar um psiquiatra, vai procurar...", mas não entende a fundo se você não passou, sabe. Então, por exemplo, não sabia ajudar ele, ficava brava, brigava, então o relacionamento foi desgastando e a gente não suportou, eu não agüentei e ai me separei. Quando eu me separei deste outro cara, logo em seguida, fez o destino junto com... com acho que um pouco de... macumba do outro, porque daí o E. volta na minha vida e me pede pra casar.

E: Até então vocês não tinham falado em ficar juntos?

S: Não, ficamos oito anos juntos, seis anos separados, mas sempre se vendo um pouco, sabe assim, o C. viajava, ia fazer as farras dele, ai... eu procurava o E., aí a gente sempre dava umas escapadinhas e... é... aí pronto, quando eu terminei de vez com o C., o E. apareceu logo em seguida e ai foi "não agora eu quero voltar, agora é pra casar, porque eu descobri, você é a mulher da minha vida, não sei o que, rerere". Volta e fica-se noivo, colocasse aliança e oito de dezembro de noventa e... Quatro, sei lá, faz muito tempo já, íamos nos casar, este acho que faríamos sete, oito anos de casado. Daí depois de uma um mês depois do... do noivado, ele decide "não, não é isso que eu queria, eu gostava mais da sua família do que de você, eu me me... empolguei você sabe gosto muito da sua família, gosto muito da sua mãe, gosto muito dos seus irmãos, gosto muito dos seus sobrinhos, ai eu me envolvo, mas não é o... não é a hora, não é você, não é o casamento, não, não quero". Ai termina, ai foi um desastre porque ai veio tudo, ai eu fiquei em depressão, comecei a beber muito, não sei, se é beber muito ou é beber mal também, beber com a cabeça ruim também, mas ai já existe o controle e... a bebida não, foi fazendo uma confusão na minha cabeça, eu sei que ai eu resolvo sair de Salvador e venho pra São Paulo. Ai mudei pra cá, larguei tudo na Bahia, balé, academia que eu ensinava, tudo, tudo, tudo, vim pra São Paulo. Ai resolvi "bom vou faze começar uma vida nova aqui". Arrumei logo um emprego, comecei a trabalhar numa loja. Gostei de trabalhar com moda, gosto de moda, mas não vim com a cabeça, os problemas vêm junto, né? E eu... aquela decepção tava muito forte ainda comigo, então comecei a entrar num processo de depressão, comecei a tomar medicamento, junto com o medicamento eu continuava bebendo e ai comecei a tomar além de antidepressivo, remédio pra dormir, estes ansiolíticos que te deprimem muito também, né. E ai ficou uma coisa que foi sem controle nenhum. Eu sei que eu bebi tudo o que eu tinha aqui. Fiz todas as coisas da vida, saia demais, muito pra restaurante, muito pra barzinho, pra boate e ai arrumei um amigo alcoólatra, literalmente alcoólatra, hoje ele ta num num... na UTI do Sírio por causa de um acidente de carro. Uma outra amiga que gostava muito também, então a gente se... foi um trio assim de arromba. Ai não agüentei a

pressão daqui, da cidade, da da da depressão, tudo. Ai quis embora, rios de despesas, e ai voltei pra Salvador. Ai foi quando a situação piorou mais ainda porque ai eu comecei a fazer tratamento com um médico, um psiquiatra de Salvador que segundo o Dr. W. é um alcoólatra, que geralmente os alcoólatras não assumidos não enxergam o problema em si, então, mas também não vêem o problema na outra pessoa, entendeu? E não sei se na época, eu fico querendo lembrar, mas também não quero muito, porque hoje em dia agora ela ta defendendo as drogas, bastante, esse médico.

E: Defendendo as drogas?

S: Defendendo assim, é é ao contrário, trabalhando contra, ajudando pessoas com dependência química, a especialidade dele agora, no momento é essa. Que na minha época, da bebida, ele não enxergava como problema, entendeu? A bebida ele não enxergava como problema e a depressão e na não conseguia enxergar realmente qual era o meu problema. Porque o que que ele ficou fazendo, ele ficou fazendo um experimento de de vários medicamentos, fui uma cobaia na mão dele, então eu tomei de de antidepressivo a anticonvulsivante, que eu nunca tive convulsão, ah, remédio pra lítio, tem pro tem pessoas com problema de lítio, de altos e baixos, então eu tomei pra aumentar o lítio, tomei carbolítio, daí eu tomei um remédio chamado Topamax que é um anticonvulsivo que eu não sei pra que eu tomava, muito remédio pra pra ansiolítico, Rivotril, Lexotan é... esse remédio todo ai, ai o que acontece, disbiroquei de vez, continuava bebendo e a mistura destes medicamentos, pode beber Dr.? Pode uma taça de vinho pode beber. Uma taça de vinho, dois copos de cerveja pode beber. Só que além de eu estar completamente louca, alucinada de medicamento, eu tinha o problema do alcoolismo, entendeu? Eu também tava com um processo já sério, já né? Então ele não enxergava nada disso e não tocava nenhum momento no ponto de "você é uma alcoólatra", nunca me disse isso, "você ta com problema de álcool", nunca, "você ta bebendo demais", não, na verdade ele não sabia por que a gente, minha família, sempre colocava na parede ele, perguntavam, meus irmãos foram, minha mãe, meu pai, minha irmã que mora comigo é... foi muita gente ao consultório dele querendo uma um diagnóstico, "a gente quer saber qual a doença, o que ela tem, se tem doença, o que que é, o que que não é". E ele não sabia nunca dizer direito "ah, depressão". Algumas vezes falou "ah, é... mimo demais", entendeu? Nisso foram quatro anos. Quatro anos eu passe em cima da cama, bebendo e tomando remédio, ah... e ai comecei a ter síndrome de pânico, eu achava que eu ia morrer, tinha taquicardia, ai eu acordava de madrugada de taquicardia e ia correndo pro pronto socorro tomava Rivotril, Lexotan na veia, ai voltava pra casa passava dois, três dias dormindo, ai acordava muito deprimida e resolvia "ah, vou tomar uma cervejinha", ai começava a beber tomava uma, duas, três cervejinhas, escornava porque eu já tava naquele ponto de escornar, porque não é que eu aproveitava, que saísse, que fizesse farra, eu escornava porque a mistura dos medicamentos junto com a bebida fazia uma catástrofe.

E: Estornava, é isso que você disse?

S: É, estornar é... escornar como é que se chama aqui em São Paulo é... embriagada, sonolenta, é... como se eu tivesse a bebida e o remédio pra dormir era o mesmo efeito que tava fazendo, só que esta mistura é uma loucura. E a gente não sabia, eu não sabia mais, por exemplo, não tem um... a bebida junto com o remédio pra depressão junto com o remédio com o ansiolítico, então tinha vários sintomas, tipo eu acordava, ai acordava tremendo, ai tomava um remédio, ai o remédio fazia parar de

tremer, mas dava um pouco de taquicardia, ai eu tomava um outro remédio, o que que fazia, este remédio vai é.. parar a taquicardia, ai parava o taquicardia, eram vários remédios junto com a bebida era um desastre, literalmente um desastre... pensamento suicida várias vezes, é... sabe? Sai várias vezes do consultório do médico já... "não dá, vou me suicidar, não quero mais, eu quero beber mesmo, pra esquecer, pra vê se..." sabe? Já tava bebendo como uma... já desgosto, sei lá o que que é, então foi um desastre. Até que minha irmã é... já desesperada, fui pra Itália fazer um curso de italiano, liguei da Itália falei pra família: "não quero mais viver, quero morrer, rarara". Minha irmã falava "agora você volta pra morrer aqui porque é mais barato". (riso). Era um desespero total, né. Até que quando o ano passado, ano retrasado, em dezembro do ano passado fez um ano, é, ai eu vindo pra São Paulo, fazendo uma consulta com o Dr.W., amiga da minha irmã já tinha feito um tratamento com ele pra depressão e ai falou "olha conheço um médico muito bom que trata de dependência química, então eu acho um bom ela vir fazer uma entrevista com ele tudo". Ai minha irmã já falou com ele, lá de Salvador, falou com ele por telefone, ele falou "olha pega e trás ela porque do jeito que está". Pelo telefone ele já falou que era um caso grave assim que tinha que me ver, mas provavelmente eu iria ficar internada.

E: Isso em 2001.

S: É 2001, aí desisti, não queria vim, não queria vim, não queria vim. Ai ele falou pra minha irmã "olha se ela não quiser vir, vocês procurem algum médico conhecido, o médico dopa ela e vem no avião assim". Falei "não, eu vou". Até que ele acabou me convencendo, sem eu ter a idéia de que é... ia vim pra internar. Por que... a minha família enxergava que meus médicos não prestavam lá da Bahia, quer dizer que eles estavam fazendo uma uma coisa errada comigo, mas eu... você não consegue enxergar, você não consegue enxergar que você não ta falando direito porque eu já não tava falando direito mais por causa dos medicamentos, eu não conseguia raciocinar mais por causa dos remédios e por causa da bebida também. Você não consegue admitir, você não admite que você está bebendo demais em hipótese alguma, entendeu? Você não admite que você está sendo inconveniente, que você ta... que a bebida ta te fazendo um mal horrível, que ta estragando a sua vida e... que os médicos não prestam. Ao contrário, você os defende até a morte, você acha que eles estão certíssimos porque eles estão fazendo tudo o que eu queria também, né. Eu queria ir pro hospital tomar remédio na veia, eles deixavam, eu queria beber, eles deixavam, então, é... era difícil. Falei "bom, eu aceito ir se for pra uma consulta".

E: Você não bebia sozinha?

S: Muitas vezes, agora no último ano eu tava bebendo sozinha.

E: Você mora com seus pais?

S: Moro com minha mãe, depois eu saia, não bebia mais em casa porque não podia, minha mãe já não aceitava mais beber em casa. Eu não bebia em casa, ai eu encostava no carro, porque eu moro com minha mãe e com minha irmã que são viúvas. A minha mãe ficou viúva e... há 14 anos atrás, eu sempre morei com a... com meus pais, ai quando minha mãe ficou viúva, eu resolvi fazer um curso é... fora na Europa, nos Estados Unidos de inglês e de dança, ai fui, passei 11 meses. Minha irmã já tinha ficado viúva um ano antes da minha mãe, ai quando eu fui pros Estados Unidos fazer este curso, a minha mãe falou pra minha irmã "vem ficar aqui comigo enquanto a S. vai fazer este curso nos

Estados Unidos". Ai minha irmã se mudou e ficou com a minha mãe enquanto eu iria é... porque o resto dos meus irmãos são todos casados. Só que ai quando eu voltei, a minha mãe não quis mais que a Sol fosse embora de casa. Daí ficou morando eu, a minha mãe, a minha irmã viúva e os dois filhos. Os dois filhos hoje em dia moram aqui, fazem Universidade aqui, mora só eu, minha mãe e minha irmã. Ai com essa confusão toda de rerere, milhões de problemas, ai minha mãe, vim morei sozinha aqui em São Paulo, voltei pra Salvador, morei com ela pra me tratar e é... agora quando falo que vou sair morar sozinha, ela fica "ah, não, fica aqui comigo", bom enfim, to com ela ainda, não sei por quanto tempo, mas to com ela e com minha irmã. Então, só bebia escondida, saia pra beber, ia pra... (palavra inaudível) da vida, ia pra umas duas cervejinhas, três ou ia sentava em algum barzinho, bebia sozinha. É... tive o último namorado que eu tive em... 2001 de dezembro, tive um namorado que foi de outubro e novembro. Nossa, não me agüentava, falava assim "iii você ta bebendo demais". Ele não bebeu mais nada, fez tratamento, conhecia o que tratamento pra dependência química, porque quando você ta ruim, quando você ta nessas coisas assim, também só atrai gente com problema, só que ai o que acontece, esse foi um alerta até porque ele tinha feito um tratamento pra dependência. Então, ele realmente não agüentou o estado que eu estava, e ai o que que aconteceu. Quando ele, ele dois meses que a gente namorou, viajamos, fomos pro Rio, porque ele morava metade no Rio metade na Bahia. Numa dessas vezes que a gente foi pro Rio eu tomei uma cachaça tão grande, bebi tanto, tanto, tanto, tanto que ele falou assim "não quero mais". Me mandou de volta pra Bahia e falou "não me aparece mais na minha frente". Ai eu fiquei chorando, fiquei chateada, a minha irmã liga pra ele, ai ele fala pra minha irmã "olha o problema é que ela ta bebendo muito, ela fica agressiva, começa a ficar agressiva, começa a dizer um monte de coisa pra gente, insuportável, eu que não bebo mais nada, não to agüentando, não dá pra conviver com a S., ela tem que se tratar..." Não falou assim diretamente "interna ela", mas falou "ela tem que se tratar". Ai foi um alerta também pra minha família, junto a minha família me cobrar, "olha, vai conversa com outra pessoa, vê como é que é, como é que ta as coisas e tudo". Ai eu vim, o Dr. W. já me atendeu na clínica e quando ele, era nítido meu estado já. Eu (inaudível) fiz exame de sangue deu uma quantidade de álcool elevada junto com a... com o problema do remédio, eu já tava com a deficiência de falar, de andar, muito remédio, então você já fica com o raciocínio lento pra acobertar, ou seja, pra terminar uma conversa era uma seqüela que tinha enorme. E ai fiquei 12 dias na clínica por causa dos medicamentos é... que eu tomava, tinha que ter um acompanhamento mais rigoroso de médicos, de enfermeiros por causa de taquicardia, por causa é... podia ter alguma coisa tipo... como eu tomava anticonvulsivante, ter convulsão, ou ter parada cardíaca, até a própria abstinência também dos remédios e da bebida, ele achou que tinha que ser numa clínica de... de psiquiatria mais, então. Fiquei fazendo os exames, vendo as alterações do álcool no organismo, tudo, ai depois de 12 dias quando a gente começou a tirar alguns dos medicamentos mais sérios que tinha que tirar com este acompanhamento mais rigoroso, foi daí que ele me passou pra outra clínica, fui ainda com o antidepressivo e com um remédio um ansiolítico fraco e ai estes últimos foi tirando gradativamente e ai trata realmente do problema do alcoolismo, com uma cabeça mais consciente eu podia começar a tratar de... e realmente fazer um tratamento que para este problema. Ai foi quando comecei fazer o tratamento lá, difícil pra caramba, mais muito muito bom, eu acho que é uma coisa que te dá uma porque além de você se conhecer, você faz uma análise mais, uma

retrospectiva também da sua vida junto com a sua família, minha família toda veio, com minha mãe, minha passou Natal, Ano Novo, carnaval aqui, dois meses, três meses. A minha irmã veio, toda vez que precisava reunir a minha família a minha irmã vinha, passou, eu tenho uma irmã que mora aqui, então, ela ficou no Natal comigo, lá na clínica com a minha mãe. A minha irmã lá da Bahia vinha, veio no Ano Novo passou o ano novo aqui é... meus sobrinhos, minha família não me deixou, tava sempre em contato comigo, até porque quiseram também participar das palestras, das reuniões, tudo o que tinha pra aprender e tratado junto, fez questão de participar, pra conhecer também, ver que não era só... é... tem aquele lado também de pouco você largar mão da sua vida, do seu trabalho, mas tinha a doença. Ai você aprende que é... tem uma doença, né. E que essa doença não tem cura, mas pode ser tratada, aí todo mundo aprende a conviver com ela junto comigo, né. Então...

E: Na clínica você ficou 12 dias...

S: 12 dias. A abstinência, junto com a abstinência do medicamento... eu não sei, foi tudo muito novo, foi tudo muito de repente, problema é você entrar numa clínica de psiquiatria, eu nunca tinha visto ninguém tendo crise assim (fim do lado A)

... em casa fiz cenas horrorosas, sabe? Ai foi muito difícil porque você vê tudo aquilo, tudo novidade, novidades desagradáveis, coisas, né. Clínica psiquiátrica não tem só problema de... é... eu fazendo entrevista com o Dr. W., tinha uma mulher do outro lado gritando "eu quero ir embora daqui, isso aqui é o inferno, filho da puta isso daqui." Depois aquela coisa, você sai do aeroporto direto pra uma clínica psiquiátrica, com suas malas pra passar uma semana em São Paulo e fica por lá mesmo, aquilo pra mim foi um choque.

E: Você veio só pra consulta.

S: Achei que eu ia pro consultório do médico. Daí fico sentadinha numa sala horrorosa da clínica. Você conhece? É uma casa antiga, então aquele pé direito alto, aqueles lustres antigos, uma coisa meio escura, não têm nada de moderno, são os enfermeiros todos vestidos de coisa, mas é assim, tem enfermeiros pra cada paciente, então você vê os pacientes com o enfermeiro do lado, coisa assim que eu nunca tinha visto, só em cinema, em televisão, né. Ai você vê ali ao vivo e a cores do seu lado, o povo tendo chilique do seu lado e eu esperando pra fazer a consulta com o Dr.W. Quando ele me chama, entro eu, converso, converso, converso, saio. Entra minhas duas irmãs, conversa, conversa, sai. Entra, agora com as três, "olha, sinto muito mas ela tem que ficar". "ah, quando?". "Não, agora, ela já vai ficar aqui agora". Ai a família toda, as minhas duas irmãs choravam, eu chorava junto. Ai separa, abre mala, o que não separa, o que pode ficar, aquela coisa, perfume e... lâmina de barbear, umas coisas assim que você fala "meus Deus será que será tem necessidade, que é isso tudo assim" e você depois ouve casos de que realmente é. E aquela... com doze dias dentro do quarto, não saia do quarto pra comer, depois comecei a ficar com medo da clínica, das pessoas. Ai não queria descer da escada, só descia quando o Dr. W. ia me visitar. Ai descia, telefone nem pensar, televisão... não saia do quarto, arrumei uma televisão, minha irmã levou uma televisão pro meu quarto, ai eu ficava no quarto o dia inteiro, doze dias no quarto. A comida chegava, eu olhava, não comia nada, uma garfada. Tinha dia que minha irmã não chegava me visitar, tinha dias que eu conseguia que ela levasse alguma coisa lá pra mim, só pra que ela me visitasse, um pretexto, ficava o dia inteiro querendo ligar pra Bahia, querendo ligar, ligava pro Dr. W. "não to me sentindo bem". Foi horrível, horrível, eu só

chorava, um desastre. Ai na outra clínica, não. Você vai entender com mais calma. Mesmo assim ainda é difícil, heim.

E: Porque lá tem uma programação, palestras.

S: Toda uma programação, até você se adaptar também, a toda estas palestras. Eu muito deprimida ainda, três anos sem hora pra acordar, tomando remédio direto, só dormindo, dormindo, dormindo, ter que entrar naquela programação de acordar cedo, levantar, ter a obrigação, não tinha obrigação pra nada mais na minha vida, três anos eu era uma pessoa perdida no mundo. Então, até aquela coisa foi difícil pra mim. E depois com o Dr. W. é fogo né, ele fez um tratamento é... além do tratamento dele ser psiquiatra da clínica ele fez um tratamento separado comigo. Um acompanhamento especial comigo. Então ele me acordava duas, três vezes por semana, seis horas da manhã pra gente andar, eu andava das 6:30 as 7:30 na no condomínio dele, porque como eu sempre fiz muita atividade física, ele achava que isso era importante, sabe? E aí, ah os primeiros dias um desastre, pra começar a ir, começa a ter ataque de raiva, de ódio de estar ali, raiva das pessoas, acha que todo mundo ta querendo te enclausurar e te querendo te virar uma freira, ta querendo que... aí passa mil, são muitas fases, são altos e baixos. Ai tem uma fase que você se acostuma. Ai quando você se acostuma daí a pouco você já ta de saturada também de ficar, ta doida pra ir embora. Uma loucura, é um tratamento barra, tem que querer muito, ta muito disposta, mas eu acho que, eu acho não para mim é uma coisa que... funcionou.

E: Foram dois meses?

S: Dois meses e alguma coisa, foram 81 dias no total. Do dia 06 de dezembro ao dia 25 de fevereiro, Natal, carnaval, Natal, Reveillon, carnaval, que não é fácil nestas datas você passar, apesar de saber que os anteriores foram péssimos e que esse pelo menos ia ta seguro. Porque além de tudo você corre o risco de vida, batidas de carro que eu tive, acidentes horríveis que eu graças a Deus, a gente diz todo, todo dependente químico tem mais de uma... tem sete vidas, tem um... o... os médicos falam, o Dr. C., o Dr. W., o pessoal todo da clínica diz que nós somos uns abençoados de... porque a gente tem vários anjos da guarda e, realmente, é verdade. Porque tive acidente horríveis de carro, PT assim de dar perda total no carro, várias vezes. Batida de carro, várias vezes, de... bate, arrebentar o outro carro e eu nunca tive nada. Quer dizer, pelo menos o tratamento foi até em tempo pra isso [riso]. Você veja esse meu amigo não teve tanta sorte, né. Teve [palavra inaudível] na UTI e tudo por causa de bebida também, então, traumatismo craniano, mas ta vivo [fala mais alto, muda o timbre da voz], você vê como é. Até as... estes dependentes químicos têm ainda essa até essa essa coisa que de repente, se não fosse dependente químico, não sei, mas não taria, ele poderia não, a probabilidade de ele morrer era assimmm 99%. Ele chegou ao Sírio morto, com paradas cardíacas inúmeras vezes. E agora ta ai, acordando já. Então, quer dizer é fogo, mas eu ainda não sei, eu acho que... com ele é uma coisa assim: tem que fazer? Tem que fazer o tratamento assim.

E: E hoje você não toma mais...

S: Nada.

E: Nem tranqüilizante?

S: Não tomo tranqüilizante, não bebo mais nada, só o antidepressivo que a gente vai começar tirar depois de amanhã. Eu ainda, mas é como eu tava conversando hoje com o Dr. W. dá, agora dá pra eu,

eu consigo saber o que é, por exemplo, o alcoolismo, ta com o vício, ah! Essa semana to meio triste, to um pouqui to meio deprimida, mas é, na outra semana ah! Tipo duas semanas: "Ah! Hoje, essa semana to meio aborrecida porque acho que eu to de TPM". Mas eu, ai eu consigo já, hoje em dia e depois, tristeza, é... dias mais chatos, normal, né [voz agitada]. Que você consegue agora é... eu consigo hoje em dia já ter uma vida assim [voz mais tranqüila]. Que antes eu não achava que era nada de ahhhhhh TPM éeeee. "Eu to com depressão, com o saco cheio da vida, é ah é tudo um desastre, a vida é horrorosa". Então sabe, vai naquela confusão, naquele, 100% ninguém vai ta também. Até porque no mundo de hoje que gente vive, mas a gente saber também, né. Acho que até hoje em dia até mais momentos mais calmo, mais na paz, mais feliz, não sei o que, talvez, que estar deprimida, chateada, mas você saber diferenciar as coisas, né, não embola tudo numa coisa só e. acho que hoje até consigo ter uma vida tranqüila.

E: E com sua mãe, com seu pai como era a relação?

S: Olha, o meu pai super-protetor.

E: Vocês são em quantos filhos?

S: Somos cinco, eu sou a caçula, sou a última, temporona, né. Então meu pai foi uma pessoa super-protegeu a gente. Eu não tenho é é é histórico de alcoolismo na minha família, não tenho. Por que a gente, às vezes, ah! Só porque tem... não tenho assim [muda o tom de voz, fala numa tonalidade mais alta] diretamente, por exemplo, oh... os meus pais não. A minha irmã já casou, os meus sobrinhos tem, porque minha mãe casou com um alcoólatra. Então, meus sobrinhos têm que tomar cuidado porque podem... Aí no caso os meus filhos, e um relacionamento assim, meu pai sempre foi muito super-protetor, muito carinhoso, mas muito possessivo com a gente, sabe? Super-protegendo demais, achando que a gente tinha que super-proteger a gente muito. A minha mãe é assim [tom teatral, exagerado] como eu falei [palavra inaudível] é apaixonada [inaudível: move 4 moinhos por mim?] com essa turbulência toda a coisa a... agravou muito porque é é ela ficou, tipo assim, se você pra mãe você não cresce nunca, pra minha então, piora, piorou, mais ainda porque é... ela sempre quer saber de tudo [voz mais baixa], eu não sei eu não me casei, eu moro em casa ainda com ela. Ai hoje em dia, por exemplo, falo que quero sair de casa que me mudar, quero ir para o meu apartamento, "ah! Mas eu estou sozinha, eu fico aqui, você me faz tanta companhia" [imita a mãe com voz 'mansa']. E tudo, então, ela fica fazendo essa chantagem emocional e... Até que adquirir também confiança novamente e... passou por um processo dificílimo, aquela coisa toda de desconfiança, com com com... é uma justifica... é desconfiança é realmente tendo que desconfiar que foi a fase quando eu bebia muito, quando eu tava bebendo, que ai eu mentia. E agora já sem tem tempo, mais nem porque, mas continua ali na [palavra inaudível] até você se acostumar, porque agora eu digo pra ela: "mãe, acabou, tudo você sabe", porque eu antigamente eu dizia: "ah! To aqui no shopping fazendo compra", mentira, eu tava no barzinho bebendo. Então agora quando eu digo: "ah! Mãe, eu to aqui no shopping passeando". Ela faz assim: "É, mas que horas você vem? Que horas você volta? Mas você vai demorar?" Ai você desliga, ai daqui a pouco ela liga de novo: "Mas, aonde você ta?". "Mãe, eu já falei, agora eu to aqui, eu to no shopping aqui passeando". Então, sabe? Fica sempre naquela... e agora, falo pra ela "não tem mais, porque tudo eu conto, tudo eu". (Silêncio).

E: Seu pai morreu de quê?

S: Meu pai morreu de infarto, fulminante, de repente. Meu, meu cunhado morreu de cirrose no barco, ele tava fazendo uma travessia ele vinha da África pra Bahia. Saiu de lá ele mais um outro. Já tava com problema de hepatite B e cirrose e tudo, no barco ele começou a entrar em coma. Dentro do barco, ele foi entrando em coma, ai tudo, morreu no barco. O amigo amarrou ele no "eslipe", até o navio chegarem junto, e ai vir e pegar. Foi trágico, então, além de ter essa coisa, esse agravante na minh... meu pai, por exemplo, tinha horror à bebida. Eu bebia, eu bebia escondido.

E: Ele morreu e depois de um ano seu pai morreu?

S: Meu cunhado morreu, depois de um ano, meu pai morreu. Só que... nunca fomos uma família muito assim de, por exemplo, já teve umas épocas de [tom de voz mais alto] de de beber um vinho no jan... existiam algumas ocasiões destas, mas não era uma família que que alimentava muito essa coisa da be, por meu pai não beber também, minha mãe também não, então não tinha muito essa coisa assim, happy hour, assim. Por que a bebida é uma coisa que faz parte do dia a dia das pessoas, das famílias e de tudo. Existe até aquela coisa de que "ah! A pessoa num", hoje em dia vinho... e é indicado por médico né, mas na família da gente não tinha, mas também não tinha aquela coisa, por exemplo, era mais assim a... bebida mais por causa de idade, não por pensar em problemas, por tudo, alguma coisa. Tanto que os meus irmãos mais velhos bebiam, bebiam na frente do meu pai, ele não gostava, não era uma coisa que ele achava o máximo. Mas, também, ele aceitava que eram mais velhos e tudo, eu ai já até uma certa "nina, nina", e depois que você começa, mas sempre assim bebia fora de casa, nunca fui de de beber em casa muito com homem.

E: Com o E...

S: Ainda teve esse agravante. Porque ai tudo o que ele fazia eu achava o máximo e queria tudo fazer junto também, então. Eu bebi pela primeira vez com ele, experimentei maconha pela primeira vez com ele, cheirei cocaína pela primeira vez com ele, foi meu primeiro homem, então, tudo, sabe? (pequena pausa) Só que as outras coisas eu/ não tive e não gostei e não/ não quis continuar até que/ porque se continuasse poderia até ser/ hoje em dia não ter sido dependente de álcool ou de álcool e de outras coisas, mas das outras coisas eu não gostei, gostei da bebida. Porque eu gostava do sabor, o pior é isso, porque eu não bebia por que...

E: Bebia o que?

S: Tudo, tudo eu bebia. Todas. Por que ainda tinha isso, porque eu não sei, eu aprendi a beber com ele e ele gostava também de bebida. Então, a gente bebia saboreando. Sabe, se era pra beber cerveja, ah! aquele dia de sol! Então, a gente achava assim, tudo tinha a ver, sabe? Aquele puta dia de sol, verão, uma cervejinha, então a gente vivia com gosto, sabe? Mas bebia pra se embriagar também, além de beber com gosto. Se era assim, uma noite de frio é... nevando, a gente bebia vinho, mas a gente curtia o vinho, mas também curtia encher a cara, sabe? Vinho bebia, destilado, vodka e... bacardi, campari é... champagne, depois licor [parece sentir o gosto na boca], todos, tudo que você me botasse pra beber, eu bebia, qualquer bebida, nada hahaha [tipo não quero, não gosto] não.

E: Você chegou a freqüentar AA, estes grupos?

S: Freqüentei quando sai, duran na clínica e freqüentei durante a... logo quando eu sai, né. Freqüentava o tempo que eu fiquei aqui em São Paulo, eu sai da clínica em no dia em fevereiro, ai eu freqüentei estas salas até/ no mês de março todo, até até março, eu fui voltei pra Salvador em... abril

eu acho, março e abril eu acho (palavra inaudível) até aqui. Ai quando chegou em abril, o Dr. W. até/ até o Dr. W. arrumar uma pessoa pra me acompanhar lá na Bahia, ai a gente arrumou uma psiquiatra, porque ti como eu tinha que tomar remédio, tinha que acompanhar, o acompanhamento de de (gagueja) dessa psiquiatra. Essa psiquiatra, ela é psiquiatra da Clínica da V. S. que é daqui também, o mesmo dono, só que lá na Bahia é uma franquia, né. Ai eu fiquei éee indo pro pós, que é o retorno que a gente/ da clínica, só que o pós da V. S. é toda semana, então, eu ia toda semana, uma vez por semana eu ia nesta clínica me encontrar com o pessoal do pós da clínica, que tinha feito lá na Bahia na clínica. E essa psiquiatra tinha/ conseguiu pra eu incluir. Ai era muito gostoso, eu gostava muito e ir. Passava à tarde, não teve que ir pro AA, lá na Bahia. Ela falou: "olha, vai pro pós, que você vai ter um acompanhamento melhor, vai ta mais comigo assim, porque é o pessoal da turma, então eles vão estar te acompanhando melhor, então, você vai". Ai eu fiquei indo durante um... tempo assim, ficava direto, ou quando não tava lá, eu vinha assim/ ai depois que eu fiz o tratamento, eu vim to/ um mês para aqui, o Dr. W. me deu. Ai quando eu vinha pra AA NE NA. Agora eu não to indo mais, agora (inaudível).

E: E você vem uma vez por mês para a consulta?

S: Venho, uma vez por mês. Agora eu estava desde novembro, porque eu tive que fazer esta cirurgia. Ai fiquei em novembro, dezembro sem vim, janeiro e fevereiro, ai agora eu vim. Ai vou embora, ai não sei quando que eu vou, mas sempre procuro ta indo no máximo 2 ou 3 meses (tom de voz mais alto), e quando não to com ele, to com a médica lá da Bahia, sempre (palavra inaudível) uma vez por semana, numa numa, sabe como é?

E: Como foi essa coisa dos 12 passos pra você? Como ficou?

S: (pequena pausa) Olha, é uma coisa é/ funciona, funciona, é uma oportunidade em todos os sentidos, é é um lance muito legal, é uma coisa muito é.... muito inteligente, de de porque é o mesmo que/ que além de você ter aquela/ de você aprender to da doença e do você se apega muito as pes/ por exemplo, eu não sou muito católica, não sou muito religiosa, mas você pelo menos, você... volta a ter um pouco de fé que você que eu já tinha perdido, entendeu? E é um te ensina, te orienta, te dá uns caminhos pra você aprender aa separar é oo a sua vida, separar os momentos, entendeu? E agora como eu lhe dou com a doença, como eu lhe dou com com os dependentes, como com qual dependente, como que, eu acho que é um... é bem legal. Eu acho que... que é muito importante. Eu acho que só quem trabalha em cima dos 12 passos, eu acho que realmente consegue éé́é ficar sóbrio. Quem não conhece é muito difícil. Eu vejo pessoas nunca fizeram tratamento assim de clínica, dos 12 passos, porque quem tem, até esse meu ex namorado, não o E., o C. que tem dependência por cocaína, depois que ele ficou, que ele fez o tratamento numa clínica, que ele conheceu os 12 passos. Eu sinto que ele não volta, ele ainda recai, mas não recai da mesma maneira, entendeu? Já recai com uma certa conscienciazinha, alguma coisa que fica ali, sabe? E ai, você, de vez em quando ai/ele vai pro NA, tem, é uma uma um sinalzinho que você fica na cabeça, entendeu? Porque é um... é uma maneira de você conhecer é/ a coisa mais a fundo, como é, é..., cê entendeu? Da mesma maneira que você tem assim como você estuda a Medicina éé... (inaudível) muito inteligente pra você, você se apega, né. De vez em quando não vou dizer que toda hora, mas eu abro o livro, leio alguma coisa, sabe? Pra aquela coisa ficar fresca na sua memória, sabe? aaa oração da serenidade, quando, às vezes, eu acho que eu to um pouco

excitada. Então, eu acho que de uma certa maneira você come/ você usa um pouco aquilo que você aprendeu, sabe? É como se fosse uma religião nova que você tem hoje em dia para aquela coisa, sabe?

E: É um ponto de referência.

S: É um ponto de referência, eu acho. Serve muito como ponto de referência. E você saber que existe aaa ai você fosse saber, supos existe AA lá, então vamos supor assim, to/ se eu tiver no meio assim titubeando. Então você saber que tem aquele apoio, você o AA e ai você vai. (pausa) Eu acho uma coisa muito importante, sem isso não dá, eu acho que é uma coisa fundamental para o tratamento.

E: E de agora em diante o que você gostaria? Em termos de trabalho, por...

S: Eu voltei a trabalhar com a... com a... minha família, nós temos um... um... subúrbio na Bahia, um empreendimento lá, eu trabalho com uma imobiliária, ajudo minha irmã com as coisas da minha família e to ainda... é a gente... é um processo... como que a gente ainda to num processo de... tratamento como eu poderia. Foi uma fase muito longa, 3-4 anos bebendo, foi uma fase muito difícil... então, até você voltar realmente...to voltando a trabalhar, voltando a ter aquela vida organizada novamente, horários, mas, ao mesmo tempo muito consciente, sem muita pressa, sem me cobrar muito, por que como eu tenho um pouco destas coisas da depressão, então, um pouco não, bastante, então, eu não quero me cobrar muito pra não...por que você procura viver uma vida mais estável, você não tem por exemplo ...Dr. W., a princípio sugere sempre, vamos supor, não enfrentar muita coisa logo no início, de tipo, muitas dificuldades de, por exemplo, teste para um emprego, demora do emprego, troca de um emprego, por exemplo, este emprego não é um emprego que eu gosto, que eu amo, que eu quero fazer, mas, é um emprego imediato, é uma coisa assim...que precisava pra logo, pra me ocupar, pra me sentir útil, digamos assim, por que não é nem uma maneira, uma dificuldade financeira, mas é uma coisa assim de você se organizar, entendeu? E sem aquela coisa assim "ai, será que eu vou conseguir, será que eu não vou conseguir?". Então, como eu já tinha esta facilidade...

E: Para não criar ansiedade...

S: Criar uma ansiedade, entendeu? Até porque tenho esta coisa assim, eu tenho que vir aqui, aí eu fico aqui e fico duas, três, quatro semanas,... não sei quanto precisar, entendeu? Então, eu ainda to neste processo de recuperação, entendeu? E que eu quero ficar, por que como a gente fala, dois anos pra você se recuperar e se estabilizar novamente. Eu não quero ter muita pressa, pra também não fazer coisas que acho que vão me prejudicar, que vão me desestabilizar de novo, e não ter pelo menos manter essa coisa do humor, da sobriedade ...também, acho que isto é uma coisa...é fundamental na vida...

E: ...é difícil..., um processo doloroso...

S: Se você dissesse que não tenho vontade de beber, você não tem, você não tem, mas você sabe também que você não pode vacilar, entendeu? Não é realmente,... eu vou pra qualquer coisa, eu curto quando eu falei: "Qualquer lugar", e tudo, mas eu to sempre com um alerta! Entendeu?... e, às vezes até pra não acontecer... Este fim de semana passada mesmo, eu fui pra praia, e aí as pessoas ficavam ao meu redor bebendo: "Ah! Por que você não bebe?". Sabe?... Então, por exemplo, pessoas que não tem consciência realmente de que é a doença, falam pra mim: "Ah! Você não bebe!!!"... Numa dessa você fraqueja e destrói tudo de novo... Entendeu?... Então, estou estes anos... um ano, um ano e meio,

atenda a isso, mas, eu acho que depois que eu passar da fase de ficar forte mesmo... cem por cento, isso eu não sei, mas, eu acho que aí tudo vai... vai mudar!
E: Está bem. Obrigada.

Entrevista: Sujeito 15

E: Gostaria que você falasse sobre a sua vida.
(Tira a bala da boca e faz um gesto como se pedisse para eu pegar e jogar no lixo – mostro o lixo para ela)
M: O que você gostaria que eu dissesse?
E: Que você falasse sobre você, sobre a sua vida.
M: Eu... to tentando entender a minha vida, se ela está do avesso, se está de ponta cabeça, se ela está de lado. (Pausa) To ainda meia... como é que eu posso dizer? Perdida (pausa) Então eu tinha assim a bebida.
E: Você está aqui [internada] por conta disto, não é?
M: É, a minha doença é, que é uma doença né? é o alcoolismo, não é de hoje. Mas o que me afetou de 2 anos e pouco pra trás foi a perda da minha mãe. Então, não era só minha mãe, minha mãe, minha amiga, amiga que você discute, uma hora você está brava, outra hora você está rindo, sorrindo, outra hora você está sentada tomando mais uma cerveja, mais um uísque. Outra hora ta tomando um suco, a outra ta tomando cerveja, caipirinha, o que quiser. Uma hora uma ta na cozinha fazendo almoço, a outra ta ajudando lavar a louça, uma hora ta ouvindo som junto, outra hora ta viajando, outra hora ta as duas no mercado, então quer dizer é uma amiga. É muito mais do que uma, é muito mais, era duas irmãs, mãe e amiga, além do que mãe da minha filha, mais mãe do que eu. Então a falta ta sendo... (Silêncio).
E: Mais difícil.
M: Mais difícil e além do que o lado profissional meu também... ta... alguns anos que tava sumindo, aconteceram mil coisas... por relacionamentos com... com... por carência afe... com relacionamentos com homens que quando você achava que estava... que via o meu crescimento ao invés de de... depois você acabava descobrindo que não era o gostar só, era o querer usufruir também daquilo que é seu, era interesse também. Existia o gostar, mas o gostar não é... pra mim é você ajudar também, agora você ajudar já pensando no interesse já pra mim já não é, não é, já perdeu o sabor?
E: Você trabalha com o quê?
M: Eu tava com... olha tanta coisa que eu tava mexendo, eu tava mexendo com... na época que eu tava muito... muito bem com um rapaz de um comércio, eu tive uma decepção muito grande com uma empresa grande, que era gráfica, copiadora, papelaria, comércio. Então, peguei aquela parte ainda do... acho que foi o... Collor que prendeu o dinheiro, uma parte difícil, se mandasse os empregados embora se tinha que pagar, se você ficasse também não tinha dinheiro pra pagar, mas tudo isto foi superado, isto não fui eu só que passei, teve gente que... matou ai por causa disto, né, foram muitas perdas... eu

não tinha nada a ver com isto, mas tive que passar com todo mundo. Ai depois desmanchei uma sociedade, este rapaz me deu muitos problemas, ta. Iii... acabou, ai eu tentei levar com outro sócio esta parte (inaudível) e... não consegui também porque o outro também... queria que na realidade eu que continuasse e ele só fosse buscar o lucro. Ta e era muita coisa só pra mim. E, então, fiquei um tempo, entrei assim em paranóia (palavra inaudível) ai daí pra frente... eu falei não no mesmo ramo eu não quero mais, vem trabalhar com a gente você não vai conseguir ficar parada, você é agitada é... tem a sua capacidade de trabalho... não quero mais isto... e assim eu fiz, mudei, mudei de ramo... ai eu fiquei um tempão, mais de anos... é... praticamente... dependente do meu irmão e da minha mãe.

E: Só vocês dois?

M: Só nos dois.

E: Você é a mais nova?

M: Sou a mais velha. Ele é o caçula. Então ele... ai eu quis escolher (palavra inaudível) que caminho eu vou... mudei de ramo, mas mudei para o comércio novamente, então fui para utilidades domésticas, brinquedos e presentes. Num lugar menor até que a coloquei... em cristais finos e coisas mais finas, quando cheguei ao auge eu também me envolvi com outra pessoa que chegou a... o anjo por fora... em aparência, em educação, em tudo e acabou num dia é... tentaram até... em pinheiros... é foi feito uma tentativa de seqüestro. Ai meu irmão, muito preocupado falou: "você vai fechar a sua loja". Eu tinha funcionários, empregados, segurança, eu sai fora, modéstia a parte, eu sou uma boa motorista, ai foi quando até saiu a Marea, minha Marea era zero, era novinha, não tinha rodado nem uma semana com ela. Ai ele falou: “Bom, você vai fechar então a sua loja”. Falei não posso fechar a loja, pra ela vencer mesmo demorou uns quatro anos, até fazer ela, conquistar clientes, colocar num lugar onde não tinha, quando eu ia ter o retorno eu fechei... fechar por quê? o que eu vou explicar para os funcionários, para os clientes, que tem horário, eu faço arranjo, eu gosto, faço artesanato também, monto aqui, isto aqui... ta pronto... Falou: “Ta bom, você não precisa dar explicação, coloca lá fechado por luto”, (inaudível) porque eu fechei né? Que luto? Quem morreu? Ele falou: “Põe lá, morreu, quando perguntar...”. (tocou telefone alto).

E: Que susto!

M: É morreu o meu cachorro. (Fala rindo).

E: Só vou desligar (desligo o telefone).

M: Ai... bom, em resumo passou. Ai houve mudança, fechou esta loja, fechei... retirar do local, encaixotar tudo, ficou acho dois ou três dias fazendo mudança dela, peças finas, é... ficou uns quatro meses fechada no depósito... ai eu... tive que trocar de veículo, tive que sair do meu apartamento e morar em outro lugar, minha filha também...

E: Tudo isto por conta...

M: Do seqüestro.

E: E você imaginava quem estava

M: Era quem estava próximo de mim, freqüentava a minha casa, partilhava a minha vida, vivia dentro da loja.

E: Você está falando do moço que você namorava.

M: Não este era outro, era outra encrenca... ai... o senhor já, uma pessoa de mais idade que eu, é... tipo assim que eu conheci através de amigos, amigos de anos, não era assim qualquer pessoa, né, pra mim não era, mas era pior. Você ta no telefone e a pessoa ta aqui, mais ou menos você ta imaginado o que você ta, pelo que ta falando, mais ou menos eu to entendendo o que que você ta ouvindo do outro lado, né, se eu te conhecer um pouco? Então... o que que aconteceu? Minha filha teve que se mudar, foi pra um flat na época... teve que trocar de carro também porque... meu irmão também ficou com medo... só minha mãe que não quis mudar, ela falou não vou mudar, não vou sair daqui da minha casa. Então, ai... aquilo gerou um monte de problema, ai eu passei a conviver... eu não fui pra (palavra inaudível) nenhum, e eu tava com já tava com outro companheiro que tem um Box no CEASA, viaja muito pra Santa Catarina, eu viajava com ele e vivia na casa dele e a minha ficou fechada, vivia na estrada, dividia estrada, dividia o cansaço né, aprendi até a dirigir Scania pra dividir a estrada, então... tinha fábrica, tinha empregado, tinha um problema no ex-casamento, (inaudível – algo relacionado com divisão de bens). Não deixa a minha fechada lá... não vamos misturar nada, você tem... com ex-mulher, filhos, eu não tenho esta briga, minhas coisas estão pagas... e mais um relacionamento, durou dois anos e meio, coisa assim, ai não deu certo novamente. (Pausa). Então você via... não falta dinheiro nas mãos, mas ele não pára entra por aqui e sai por aqui. Eu fico pensando, então você não consegue entende... como que você ganha, como é que você não tem nada e como você gasta. Um dia você está aqui (gesto de balança com as mãos) outro dia você está aqui. E isto é... houve época que tomava muito uísque, houve a época que... praia, a gente ia... pra casa, épocas boas, ai nas caídas, bebia e bebia mais, até que... uns quatro anos atrás? É depois deste relacionamento, terminamos, eu fui pra clínica, tomei uma decisão.

E: (inaudível)

M: É, não, eu fui sozinha. Depois que eu deixei ele, falei vou parar de beber.

E: Até então você nunca tinha ficado numa clínica?

M: Não. Ai escolhi uma né. Fiquei procurando, não sei se você conhece a Fundação Américo "by hall", fundação espírita, em Itapira, que é considerada uma das melhores da América Latina, inclusive meu irmão ficou muito feliz, ele falou assim: "Só de você tomar esta decisão, pode marcar o dia o dia que você quer, que eu pago tudo". Fiquei lá, os primeiros dias são doses cavalares, a pessoa só dorme, ai vem o... como é que chama? ... abstinência, né? Sei que eu sai de lá... entrou a bruxa, saiu a fada. Porque você tinha psicólogo, psiquiatra, você tinha... é... alimentação nos horários certos, horário de dormir, medicação... é... esporte... práxis que é artesanato, tudo, (palavra inaudível) alcoólicos, dp, dq, qd, cada um é com um q (riso).

E: Quanto tempo você ficou lá?

M: Fiquei acho que mais ou menos um mês por ai, sai de lá recuperada, entrou uma mulher, uma bruxa, saiu de lá uma... uma mulher. Ai voltei... trabalhar... ai escolhi um lugar que vi que não era depois que gastar muito em reforma, uma casa grande, escritório, a parte de... montar uma loja é complicado... não é colocar um caixote um cristal num caixote de feira, você vai pensar que ta vendendo um copo de maço de tomate, então, tudo tem a ver, né. É a mesma coisa você ir na 25 você vê o saco da mercadoria, a mesma mercadoria você vai à Avenida Paulista você ela exposta ali é outra coisa, né. Resumo, a parte profissional, ai entrei agora junto ta com a parte da... da... da loja que se

chama S., entrei com ... conheci este outra pessoa, outras pessoas e entrei num relacionamento com música, produção, então produções S. Apesar de ela não estar ativada, ta fechada, tem que, inscrição, só tem que fazer... é... acrescentar coisas de contador né, mas é um pessoal também complicado, mexer com o ramo artístico, então são cantores, violeiros, compositores, então além de viajar bastante, chega em M. é cachaça, então é líquido, você chega na... na... na... minha mãe, por exemplo, (palavra inaudível) água de coco, praia, cachaça, ai você em outro show em C. é...

E: Sua mãe morreu do quê?

M: Ah?

E: Sua mãe morreu do quê?

M: Minha mãe ela tinha diabetes, colesterol, morreu nova, diabetes, ela tinha o coração grande, é... os médicos dela daqui tentaram controlar, mas não conseguiram, foi assim socorreu ela no sábado, faleceu na segunda feira à noite.

E: Coração?

M: (Pausa) pressão alta, lá é muito quente, ta, então... eu .. em resumo com tudo isso ta, com minha filha, teve problemas; meu irmão, eu magôo; minha filha... magôo meu irmão, minha filha, não é isto que eles querem para mim, nós sempre fomos uma família pequena, mas unidos, ta... e domingo... almoço sempre na casa da minha mãe, a mãe que não gosta da namorada dele, ou minha mãe não gostava do meu companheiro, de que tava atrás de mim, achava que eu merecia coisa melhor, estas coisas de família, né, um gosta, outro não gosta. Eu sei que foi desandando, desandando, e eu acabei tomando... cachaça, na minha posição, no meu nível não era pra ta assim, então, shows, por exemplo, é... são compositores, registros, ECAD, pro Rio de Janeiro, encrenca, acabei me envolvendo com um deles, ai depois eu fui um... sendo que eu posso vender outros artistas qualquer ta... outro dia estávamos com com... Chitão e Xororó, Chitãozinho tava me esperando no Camarim, eu tava conversando com o Chitão, então é uma vida que você muda os horários, tem dia que você dorme com viagem, com shows e tudo você dorme 15 minutos, tem dia que... shows que você sai de manhã acabam 5 horas da manhã, dependendo de que cidade você está... muito serviço (inaudível)... já não poderia estar bebendo mais, tenho duas opções agora: ou eu paro de beber ou eu junto os pés e vou pro lugar, e optei... e fora as pessoas que eu estou machucando, deixando que mais me amam, que me amam, que me ajudam no que eu precisar que eu estou magoando, minha filha e meu irmão. Além de estar me matando eu estou matando quem está vendo o que eu estou passando. (Pausa). Voltei pra esta clínica pela quarta vez, fui pra clínica vi que não era mais aquilo que eu precisava, pra mim foi boa naquela época, mas desta vez eu precisava não de toda a liberdade que existe, uma fazenda imensa, né, o que eu queria mesmo era um tratamento fundo como o que eu estou tendo aqui, recebendo... palestras o dia inteiro, intervalo, depois temos outra... sai.. então nós temos ocupações, então... eu nem cheguei a ir à piscina, nem... cheguei aqui sexta feira passada, ai... levaram meus (palavra inaudível), eu sai de lá o "by hall", marquei pra ficar 30 dias, não é pra mim, acho que não fiquei 15 dias, não é esse tratamento que eu quero, o ideal é que... corte mesmo, pela raiz.

E: E de lá você veio pra cá, é isto?

M: Não, eu fiquei uma semana em casa. Ai comprei uma caixa de vinho e tomei uma caixa de vinho inteira, eu tava no hospital. Uma semana no hospital, do hospital eu vim pra cá. (Pausa). Eu estava

bebendo pra dormir e acordando pra beber, eu não via na minha mesa, eu não sabia mais o que tinha de conta, tava totalmente, o que era arquivo, o que era atrasado, to fazendo isto aqui, o Dr.Z foi comigo em casa... buscar... minha papelada, joguei tudo e abri as cartas (palavra inaudível)... aqui é uma família, deu pra você perceber... eu te mostro... é bom... então não é a mesma coisa que nem na terapia... Uma hora... tem a terapeuta e... então... tem vários níveis... é lógico... tem uma parte que é droga e a parte que é alcoólatra, então é uma família, é um lugar pequeno, é um lugar... você concorda que você não vai... conversar... conseguir... duas horas de palestra, por exemplo, você não vai conseguir responder, conversar e explicar pra quarenta, algo que você explica pra dez, que você conversa com dez... é a mesma coisa que você dá aula de inglês pra 20 alunos e dá pra um só, quem vai aprender mais fácil? Aquilo que ele quer, quer dizer eu não to amarrada aqui, to saindo pra um regime ta, e isto eu já sei, de lá de clínica e assim, dinheiro não fica, quando alguém quer fugir, foge pelo muro, foge pelo, eu não, eu vim por opção, eu quis vir, eu sei que eu precisava, e eu quis vir, mas se eu tiver que sair daqui... eu vou sair do jeito que eu quero ta, de uma forma pra curar, curada, não só dizer não vai ter cura, mas que ela não tem cura. Tem que aprender a lidar com ela, certo. Que é isto que eu aprendi, então o que eu precisava era isto, agora se eu tiver que sair daqui, algo me desagradasse eu já teria feito, (palavra inaudível) hoje ta fazendo oito dias ... eu só.

E: E medicamentos?

M: Não, eu to com vitaminas ta... eu tava com anemia também, então, eu vim do hospital, eu passe muito mal, eu fui pro hospital já assim, muito ruim... já...

E: Você estava sem comer, só com álcool.

M: Não eu tava 15 dias lá no "By hall", embaixo de medicação pesada, dose de... leão, sai de lá com 4, 5 dias que eu estava em casa, eu tomei uma caixa de vinho, medicação cavalar mesmo.

E: A questão do álcool na sua vida começou quando?

M: Ah! Isso ai já vinha... da adolescência, sempre em casa tinha, minha mãe gostava de uma cervejinha, meu pai de uma caipirinha, sabe estas coisas pequeninhas assim de criança experimentar um pouquinho, ai depois você passa pela adolescência e na minha adolescência na época eram aquelas bebidas coloridas, cuba, aquelas de anis, menta, aquela verde, né, e vai crescendo, vai mudando.

E: Você parou de estudar na época da adolescência?

M: Não eu cabulava muita aula (riso).

E: Você continuou?

M: Não, eu me casei cedo também, né, e...

E: Com quantos anos você casou?

M: Quando eu fiz... 18, eu fiz 18 em junho, a minha filha nasceu em outubro, aliás, é a semana que vem é o aniversário dela, ela está com 28. É advogada. Então, eu fiz até o... terminei o ginásio, dei começo no colégio, mas não dei continuidade.

E: Ai você casou, então...

M: Ai eu casei.

E: Casou porque estava grávida ou...

M: Casei porque estava grávida já

E: Mas você queria casar com ele?

M: Até ai eu gostava dele, mas não durou muito, quando ela tinha um ano eu já estava separada.

E: Por quê?

M: Ah! por que eu quis me separar, porque tava saindo o divórcio, não era mais o desquite (riso).

E: Você não gostava mais dele...

M: Olha, sabe que faz tanto tempo que eu nem me lembro mais. Uma que eu sou muito temperamental, outra sou a pessoa mais fácil de lidar e a mais difícil ao mesmo tempo, não sei se você consegue entender... se você, se eu gosto de você te levo pro fim do mundo, mas pra eu mandar um também pra qualquer lugar... É...

E: Você muda rápido?

M: Não, eu reajo na hora, mas o tempo, o tempo, muda... o tempo faz as pessoas mais calmas, faz você... te ensina a engolir... muitas coisas, você sabe que você está certa, mas que é melhor você não falar, né. Isto ai começa a falar mal pro coração, você começa a ver, eu, por exemplo, já tava me vendo assim... é... eu não conseguia mais ver, eu não gosto de gente feia, não conseguia mais me olhar no espelho, isto daqui tava assim, parecia um buldog, sabe você vê na cara da pessoa, acho que nem plástica consertava mais... Então... (FIM DO LADO A)... que os meus, quando eu coloquei, a porcelana, não tinha aqui no Brasil como tinha nos... companheiros... ele tava na Espanha, a gente tava conversando ali agora e ele veio da Europa, tem lá o apartamento (palavra inaudível) e... falei quanto vai ficar... essa parte de baixo 90 mil reais, nossa agora (risos) e ele veio, falei por que você não fez lá na Europa, e ele falou porque a perfeição do trabalho daqui é melhor, tem que fazer... (palavra inaudível). Aqui é um local que ninguém falta com respeito com ninguém, ninguém... desde o jardineiro, a cozinheira, a... somos todos... terapeutas, o Dr. Z, o pessoal, todos... e se eu falar mal de alguém aqui... e se eu não me sentir bem também tenho a mesma liberdade de falar assim: olha quero ir embora... (Pausa). Apesar de ser Maria eu não vou com as outras. Se você falar assim... você vai pra... vamos supor um lugar que eu gostaria de conhecer, a Grécia, por exemplo, o Egito, e eu falar que eu não quero ir, pode falar assim: mas eu pago, eu tiro o seu passaporte, eu pago sua passagem, eu vou pagar as suas despesas, tal, tal, mas eu não quero, não vou aonde eu não quero, mas se eu falar pra mim assim: "Oh, eu vou dançar ali, meu filho, vou tomar uma cervejinha", eu vou, eu tenho personalidade ardida e forte, eu sou teimosa, faço muitas coisas... talvez por isto eu tenha passado tantas coisas brutas, né, por ser teimosa, se eu tivesse ouvido, muita coisa eu não teria passado. Mas, eu tenho certeza que esta vai ser a última, porque eu falei eu vou e eu estou e eu quero, eu vou (Pausa). De vez em quando aqui eu reclamo, né, falo assim, pô a gente não pode sair, eu quero comprar uma presilha, né, ai fala assim: "Mas o motorista pode ir pra você". E ele vai saber lá que presilha que eu gosto (riso), pô! (Silêncio).

E: Você mora sozinha?

M: Eu e Deus e minha cachorrinha, eu mandei buscar... (pausa) e assim porque meu irmão ta...

E: Seu irmão é casado?

M: Não.

E: Ele mora sozinho.

M: Ela também mora sozinha, minha filha, minha mãe também morava sozinha. (Silêncio).

E: E o seu pai?

M: Meu pai, meu pai e pai do meu irmão mesmo, eles se separaram eu tinha10 anos, ai, depois que eu me casei, a minha mãe cas... e tinha também um padrasto, uma pessoa mais velha do que ela, que faleceu bem antes do que ela, ta, que foi o único, agora meu pai não sei, se ta vivo, se ta morto. Não sei. Se um dia... tiver que acontecer, acontece, e... se ele precisar de alguma coisa e eu puder ajudar ele... ajudo... se eu precisar de ajuda, não sei se posso dizer o mesmo. Mas acho que sim, ele teve estar também com, é novo também, minha mãe faleceu há dois anos e meio com 63 anos, ele deve estar com 67, 68... então nossa família é assim, cada um na sua casa, a minha cachorrinha ta hospedada na casa da E., que é minha filha, eu tava fazendo um cachecolzinho pra ela. É uma poodle, toy, mas ela ta meio gorda, k., (riso). Sou uma pessoa alegre, sou de falar besteira, sou de falar palavrão, sou de mentir, não sou de faltar com respeito com ninguém, mas também (palavra inaudível), gosto de sorrir, então... a bebida sempre deixa assim mais né, mais saltitante né, com a língua solta, por que quem fala demais dá bom dia a cavalo, ta (riso), mas não sou de andar com o carro batido, arranhado por causa de... arranhar o carro sempre arranha... em coluna de garagem, em coisa assim... mas não sou de fazer estripulias, quando eu tirei carta também numa época que tirava carta, não se comprava carta, ah (riso), meu estomago ta roncando. O que mais você queria de saber? Sou uma pessoa alegre, gosto de dançar, gosto de viajar, gosto de passear, gosto de ter dinheiro na minha mão pra poder... gastar com bolsa bonita, sapato bonito, quem não gosta? Só quem não conhece, perfume gostoso, batom... to pedindo pelo amor de Deus pra vir um cabeleireiro aqui... minha casa ... meu irmão mandou a empregada (palavra inaudível) louça, roupa pra passar, to tentando organizar continhas por ai. (Pausa) Mesmo sabendo que é loucura, será que eu vou... será que isto é certo, não sei, eu quero ir eu vou, quebro a cabeça volto. Não tenho mais saúde. Agora chegou ao ponto: ou vai ou racha, ou pára ou... (pausa). Agora se for rápido, é o que a gente tava comentando, tava falando com o terapeuta hoje, se você colocar um gravador em todos os gravadores que a gente fica, você vai saber mais sobre a gente (riso) do que aqui no tempo que a gente fica fazendo terapia na sala, porque na realidade você sempre se identifica com mais alguém, a gente ta sempre conversando sobre alguma coisa, ai você vai conhecendo (fala rindo), tens uns que se inibem, não falam, o que não serve pra mim também não serve... então ta, não precisa ter vergonha daquilo que se é, eu compro bebida e ponho no carro, do carro eu desço e ponho no carrinho, do carrinho to subindo no elevador, o vizinho ta olhando, se ele me vir muito alegre, sabe que eu bebi porque eu preciso esconder, não sou alcoólatra, alcoólatra escondida, sou assumida, eu sou, (pausa) ai eu tive hemorragia de esôfago, fiquei três dias na U.T.I. (Pausa). Cheguei lá em A. eu tive outra hemorragia. (Pausa). Hemorróidas, eu precisei internar... ai ele falou: “Você não vai mais agüentar a terceira se você beber”. Ai, tive a terceira também e nesta eu passei a quarta, mas não tive hemorragia, ai começou a sangrar o nariz assim... é... sabe quando você perde assim a noção, os bombeiros chegaram assim (palavra inaudível), tem uma lojinha no Hospital lá embaixo, um mini-shopping, então uma hora eu descia pra comprar uma presilha, outra hora descia de novo... só não podia sair lá pra fora, o crachá já tava assim no roupão, que do hospital, não pode é interno (riso)... fazia artesanato lá dentro, coisinha, meu médico que atendeu chegou bravo diz que... (riso) ta. Então, eu não sou de maltratar as pessoas, mas eu sou turrona, teimosa.

E: E você se sente maltratada pelas pessoas?

M: Bastante (começa a chorar). Até numa palavra você, você sabe às vezes é melhor você tomar um... um soco do que você ouvir uma palavra, né (Choro). Cobranças. (Pausa).

E: Cobranças.

M: Cobranças. Você pode me dar um brinco e falar que lindo, ai amanhã você fala assim você só tem este brinco porque eu te dei, se eu não desse você nunca teria. (Pausa). Não é uma cobrança? Ou você só tem esse cabelo bonito porque eu paguei pra você cuidar, senão você também não teria, é uma cobrança, você só tem este papel por que... eu comprei e tinha senão você não tinha pra usar, enfim...

E: E quem fazia isto com você?

M: Ah! Isso é, normalmente são as pessoas que eu também poderia fazer cobranças, mas eu não faço (choro) às vezes acabo descontando, falando coisas, ninguém suporta ... são pessoas de dentro, de sangue, são pessoas de fora. (pausa) e... trabalho é a minha vida (chora +), tirou meu trabalho, tirou a minha vida. (pausa) Gosto de acordar cedo, gosto de trabalhar, gosto... gosto de viver, sorrir é bom, chorar é bom (pausa), ter amigos é bom, perfeito só Deus, quem não tiver pecado que atire a primeira pedra, por que atirar se todos temos? (Pausa) Eu não quero chorar. Você é muito bonita. Apesar de eu ter estranhado, ta esperando alguém? Eu? Que eu chamei não, mas eu tava sentada aqui conversando... meu irmão aniversário dele, ai no meio da conversa ele falou eu posso chamar a doutora, autorizar ela a vim fazer esse, como é o nome?

E: Rorschach.

M: Rorschach, a resposta foi: "Ta bom". "Então eu vou comunicar". Foi quando eu lembrei na hora, só tem eu... até ontem... essa garota retornou, porque ela foi embora... e eu cheguei aqui sexta à noite, então tava só eu aqui, agora Maria tem um monte, trabalha aqui embaixo é Maria. Ela falou: "É a psicóloga que veio fazer o Rorschach". Falei: "Que Rorschach? Veio tacar pedra na minha cabeça?". Falou: "Você não tem jeito né". (riso). Quero entender, não sei o que é isso né, feio não é você não saber, feio é permanecer na burrice, Rorschach que legal, vou fazer Rorschach, que será que é aquilo, vou pegar o Dicionário pra saber o que é Rorschach.

E: É o sobrenome do autor do método de investigação da personalidade: Herman Rorschach.

M: De quem?

E: Do psiquiatra suíço que criou e desenvolveu este método.

M: Ah! Sim tudo tem um sentido. Agora por que eu tento entender (pausa). Por que, porque eu não tenho preguiça, pra mim não tem tempo ruim, não tem chuva, não tem sol, não tem calor, se tiver empregada eu limpo, se não tiver eu limpo do mesmo jeito, se eu tiver que cozinhar eu cozinho, todas as heranças que minha mãe deixou, trabalho, trabalho, trabalho, preguiça não, o que é seu é seu, o que é dos outros é dos outros, só deixou pra gente coisas boas, educação, levanta cedo trabalha, abre a janela... pra ver o sol, não fica no escuro.

E: E a relação com sua mãe, com seu irmão

M: Sempre foi boa, (risos) sempre teve aquela ciumerinha né, (palavra inaudível) acho que eu agüentava mais ir ao supermercado do que ele (risos - fala com voz de bêbado).

E: O seu irmão tinha ciúmes de você?

M: É (riso), o que vocês gastam tanto, todo dia vocês saem e chegam cheias de pacotes, todo dia vocês chegam... que mania, vocês são doentes (voz mole).

E: Nesta época vocês moravam juntos?

M: (Silêncio) Não. Eu primeiro, depois que me separei fui embora, depois que voltei fiquei uns meses naquele sufoco (palavra inaudível) dar início na minha vida de solteira novamente, depois a minha filha ficou comigo um tempo, depois passou a viver com a minha mãe (palavra inaudível)... ai ele foi morar sozinho, ai todo mundo passou a morar sozinho, mas todo mundo... é tanta coisa que passou pelas minhas mãos... por que... por que... pô você é uma pessoa inteligente, uma pessoa que não tem preguiça, não tem lero, quer me matar é botar despertador (palavra inaudível) quinze para as três da madrugada, três horas eu já estou pronta, já tomei banho, já to chamando o elevador... então eu mesma tento entender e não consigo entender, por que que eu passo tanta coisa, ainda ontem o Dr. L. tava falando que o terapeuta... em espiritualismo ai a gente continuou a conversa aqui... ai... ai credo espiritualismo, não é isso... tem gente que quando você fala de espiritualismo, se você não se aprofunda você não pode dizer o que é, por exemplo, espiritualismo não é macumba, não é essas coisas que falam (risos), você sabe o que significa?

E: Não.

M: Então como é que você pode dizer que todo espiritual é macumbeiro? Como é que posso saber se eu não conheço. Agora se eu for a fundo, procurar, que nem eu falei o que é Rorschach? É o sobrenome do... você me deu a explicação, não ia achar no dicionário, né (riso). Rorschach, pedra, que raio de pedra... então eu só posso dizer se aquilo é bom ou é ruim, se eu gosto ou se não me interessa se eu passar... ter pelo menos a curiosidade de entender o que é aquilo... então eu tenho um lado espiritual mais forte... então... (palavra inaudível) só um ser superior (pausa) o que é certo (palavra inaudível)... e o que eu tiver que passar aqui ninguém vai passar por mim (pausa) também não precisava passar tanta coisa, ta na hora de eu tomar juízo.

E: Coisas que você acabou procurando.

M: É. Eu sou de ir quando eu quero as coisas eu vou atrás, às vezes acho coisas erradas (Risos). Ou às vezes eu acho as coisas certas e eu ajo da forma errada (pausa) como os meus impulsos... que nem meu companheiro falava assim: “Até meio dia, uma hora da tarde você... acorda cinco horas da manhã já ta dentro do escritório, ta detonando, ta abrindo arquivo, ta falando, ta mexendo, ta cantando, ta com gente, ta com não sei quem, ta resolvendo, ta passando, desce, volta, se a gente acorda você já saiu com o carro dez vezes, já foi pro mercado e depois que você bebe você se transforma, você grita, você se irrita, ai...”. É... eu não gosto de gente mole, mas não é, eu me altero... eu não saio tacando rocha na cabeça dos outros, mas o meu telefone sem fio por exemplo tava (riso) eu não sei o que eu estava falando, mas eu tava tão irritada, peguei o telefone e joguei na parede (riso)... às vezes com minha filha to falando com ela, mando ela fazer alguma coisa, às vezes eu esqueço de pedir e mando e eu não tenho o direito de mandar, tenho o direito o pedir (pausa), fala assim: “Mas você não manda em mim, custa você fazer isto, por que você não pede ao invés de mandar”. Ai eu bato o telefone na cara dela, já arrumou briga, entendeu? Eu sei o que estou sentindo do meu lado, mas eu esqueci de me lembrar o que ela está sentindo do lado dela. Com o meu irmão eu também faço isso. (pausa) (inaudível – voz mole)... que eu não estou vendo, mesmo se ele não está vendo, ta sabendo, então... ele... eu posso dizer que ele não me ama, que não gosta, não, de certa forma protege demais, proteção demais pra mim faz mal. (pausa + longa). O que você pensa? O que você tem a dizer?

E: (Pausa) Parece que tem muita coisa que você está tentando colocar debaixo da rocha. Só que, às vezes, quando a gente tenta esconder alguma coisa, ela retorna de outro jeito. Os sentimentos todos, as mágoas, que vai carregando, muitas vezes fingindo que não liga, chega uma hora que...

M: Se escondendo né? Porque quem se esconde atrás da, da, da bebida, um esconderijo, é uma falsa alegria, um momento e depois... muitos problemas (inaudível) eu sempre falo pro pessoal não me contrareia (riso), não é nem contraria é contrareia (riso), concordo em gênero (riso) é difícil, se eu for conversar com você, lembrar as mágoas, se eu for lembrar disso, cada um até agora assim (inaudível) uma hora, de uma hora e pouco e difícil (inaudível), mas eu consigo passar minha vida inteira em segundos na minha mente, (inaudível) eu tive um acidente, por exemplo, foi no dia 21 de abril, porque a minha filha já tinha três anos, ela está com vinte e oito, e era feriado de Tiradentes, então eu sofri o acidente, sabe aquela enseada que tem no mar e ai eu quase não sei nadar, peguei uma delas e tinha uma amiga minha que foi embora pro hotel, ela viu na hora assim e ela nadava muito bem, e ela foi me ajudar, como (inaudível) ela não tinha força e fui afundando mais, o que que ela fez? Foi correndo pra fora do mar chamar os bombeiros. Ela fez certo. Um moço que estava na praia e eu não vou saber quem era, não vou saber nunca, né. Viu o que tava acontecendo, sentado na areia viu o que tava acontecendo e foi... no lugar dela no meu socorro, pra tentar me ajudar. Só que ele, você não pode socorrer alguém se você não sabe, porque quando a pessoa está se afogando, até num pedaço de pau pegando fogo, ela se agarra pra pode respirar... então eu lembro que, do que eu me lembro desta cena é que eu to... (inaudível) com galo na cabeça, e eu tinha na época as unhas grandes e como eu acordei no hospital depois de três dias, balão de oxigênio, soro, não sei o que... (Fim da fita. Conta que matou o rapaz quando este tentava evitar que ela se afogasse).