

Gabriela Casellato

**MOTIVOS RELACIONADOS
AO LUTO QUE LEVAM
UM CASAL À ADOÇÃO:**

UMA POSSIBILIDADE PSICOPROFILÁTICA

Mestrado

São Paulo

1998

Gabriela Casellato

**MOTIVOS RELACIONADOS
AO LUTO QUE LEVAM
UM CASAL À ADOÇÃO:
UMA POSSIBILIDADE PSICOPROFILÁTICA**

Universidade
como exigência
título de
Clínica sob
Maria Helena

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia
Católica de São Paulo,
parcial para obtenção do
MESTRE em Psicologia
orientação da Prof.a. Dra.
Pereira Franco Bromberg

COMISSÃO JULGADORA

AGRADECIMENTOS

Prof^a Dra. Maria Helena P. Franco Bromberg, por muito mais que uma orientação. Pela confiança, amizade, e ainda por me dar a chance de conviver, não só com uma profissional impecável, mas com um ser humano exemplar. Obrigado, por seu estímulo durante a elaboração deste trabalho e sobretudo pelo apoio oferecido desde o início de meu percurso profissional.

Prof^a Dra. Mathilde Neder, pelo inestimável colaboração, tão poética e ética que fez dos momentos do exame de qualificação, horas de eterno aprendizado.

Prof^a Dra. Maria Júlia Kovács, pela colaboração tão permeada de interesse e estímulo nos inúmeros conselhos oferecidos no momento da qualificação, enriquecendo imensamente os ingredientes do “bolo”.

Ao meu marido, Davidson, pela paciência nos últimos (eternos) momentos de conclusão deste trabalho. Pelo amor, incentivo e colaboração presentes desde o (nosso) início. Tenha a certeza que você colaborou para este amadurecimento.

Aos colegas, que ao não compreender a proposta do trabalho, me faziam entendê-la cada vez mais. Aos amigos, por serem amigos.

Aos casais que participaram desta pesquisa, que compartilharam comigo suas vidas e sobretudo, suas perdas que, mesmo latejantes, faziam-nos insistir na vida.

Aos profissionais das Varas da Infância e Juventude da Capital de São Paulo, que apostaram na credibilidade e viabilidade da proposta deste trabalho. Continuem acreditando.

À minha família, em especial, minha mãe. Pelos carinhos, pelos almoços, pelo amor, amizade e respeito.

Agradeço aos meus pacientes a chance de poder trabalhar com a morte e com a dor de suas perdas, pois nelas existe, de algum modo, o milagre da vida.

Agradeço à FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo cujo apoio financeiro foi fundamental para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo tem por finalidade investigar as motivações dos sujeitos relacionadas ao desejo de adotar uma criança, especificamente, as motivações relacionadas a um processo de luto, seja ele concreto ou simbólico. Dentro de uma perspectiva de atuação psicoprofilática, segue-se uma intervenção terapêutica, do tipo focal breve.

O trabalho foi elaborado a partir da concepção da capacidade do ser humano em formar e romper vínculos afetivos, conforme foi designado por John Bowlby, sendo apresentada uma discussão teórica fundamentada neste modelo. Entende-se que o apego construído no início da vida, com as figuras de apego principais, tende a permanecer na vida adulta, além de influenciar no enfrentamento das perdas. Portanto, procura revelar o possível prognóstico relacionado à vinculação afetiva com este filho adotivo, e como, possíveis perdas podem ter afetado esta atual condição de vinculação afetiva.

Não se trata de discriminar a adoção, como saída frequente para problemas pessoais. Porém, sabe-se que no Brasil, ainda predomina a adoção clássica e a proposta do trabalho é promover o redirecionamento dos lutos e conflitos pelos sujeitos que veem na adoção, a solução para este sofrimento psicológico.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa clínica com três casais interessados em adotar uma criança, cujas motivações revelaram-se relacionadas à processos de luto. Foram realizadas entrevistas e um processo de intervenção clínica, que foram filmados e transcritos para posterior análise qualitativa.

A análise das entrevistas e das sessões procurou investigar as motivações dos sujeitos e suas histórias de apego na infância e sua correlação com a vida adulta, bem como, identificar os processos de luto presentes. Além disto, buscou avaliar o processo de reconhecimento, reelaboração das perdas que foi possível durante a psicoterapia, bem como, o redirecionamento em relação ao desejo de adotar.

Tal estudo permitiu concluir que existem adoções que são feitas para “solucionar” conflitos e encobrir a dor da perda, seja ela simbólica ou concreta. Concluiu também, que o processo de investigação e intervenção proposto mostrou-se eficaz no seu intuito inicial, possibilitando para estes casais um espaço de reflexão e reelaboração das perdas e por fim, mudando o sentindo inicial (inadequado) do desejo de adotar uma criança.

ABSTRACT

ÍNDICE

Introdução.....	03
Capítulo I: Revisão da literatura.....	05
PARTE I : A Teoria do Apego.....	05
PARTE II : A Literatura sobre Luto.....	34
PARTE III : A Literatura sobre Luto Complicado	34
PARTE IV : A Literatura sobre Adoção.....	63
PARTE V : A Relação entre Apego, Luto e Adoção.....	71
PARTE VI : A Psicoprofilaxia da Adoção.....	74
Capítulo 2: Objetivos e justificativa.....	76
Capítulo 3: Método.....	77
PARTE I: Forma de coletar os dados.....	
PARTE II: Forma de analisar os dados.....	
Capítulo 4 : Resultados e Discussão.....	106
PARTE I : Resultados de análise dos dados obtidos.....	106
PARTE II: Dificuldades surgidas e discussão.....	106
Capítulo 5 : Conclusão.....	115
Referências Bibliográficas.....	132
Anexos.....	141

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da adoção surgiu por meio do trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia, realizado durante o ano de 1995. A partir deste trabalho, que buscava compreender a repercussão do segredo da adoção para o sujeito adotivo, comecei a me envolver com toda a dinâmica da adoção.

Ao conhecer e analisar a história de vida de cada um dos sujeitos, pude entender que a adoção, e principalmente o segredo em torno deste assunto, estavam a serviço das fantasias e vivências dos pais. Na ocasião, percebi que a adoção vinha de encontro aos desejos e necessidades destes. Em muitos dos casos com que entrei em contato, seja por meio de pesquisa, atendimento clínico ou por relatos informais, a adoção era fantasiada pelos pais como uma forma de preencher um vazio, seja ele consequência de um luto não elaborado, ou por um fracasso (ex.: abortos naturais, esterilidade do casal, morte de um filho, filhos já crescidos e independentes.).

Por outro lado, vivemos num momento em que uma forte “cultura da adoção” vem sendo implantada por vários setores da sociedade, principalmente, por psicólogos, assistentes sociais, organizações não-governamentais, e mais recentemente, por grupos de apoio e de pais adotivos, formados na própria comunidade, que vivem a experiência da adoção dentro de seu núcleo familiar.

Neste importante e recente movimento social, encontramos depoimentos e informações que tentam desmistificar a adoção e exterminar os tão antigos, porém ainda presentes, preconceitos tanto em relação à criança adotiva (“sangue ruim”) com em relação à família que a adota. Porém, encontramos também tentativas apressadas, e por vezes, perigosas, de vender a idéia da adoção como “solução para o abandono”. Neste sentido, preocupa-me a noção de que um processo tão delicado e intenso de vinculação afetiva esteja à serviço de conter um problema social. Penso que isto é possível, porém, deve ser meticulosamente cuidado, para que uma “boa intenção” não contribua para o fracasso da construção deste vínculo.

Sendo assim, devemos entender que a adoção baseia-se num tripé: a criança abandonada, os pais biológicos (principalmente a mãe biológica) e os

ADOTAR

Verbo de caminhada,
que nos convida a dar passos que nos ultrapassam:
onde nos levarão aqueles que nós tivemos tempo
de olhar, de escutar, de acarinhar, de curar,
para quais encontros, além dos desencontros?

Verbo de desafio,
face àqueles que fabricam os seres e as coisas,
que planificam e condicionam,
que sufocam o risco e a diferença.

Verbo de liberdade,
cujo sopro vence a fatalidade
da miséria e da ignorância,
da violência e do fracasso,
para gerar sementes de humanidade.

Verbo que revela a nossa fragilidade,
de criaturas mortais e dependentes,
ao mesmo tempo em que destaca nossa única
e verdadeira força,
que é o convite permanente para
passar da ordem natural
à beleza da graça.

M. B. Masraff
(apud Woiler, 1987)

PARTE I : A Teoria do Apego

- Contextualizando Bowlby

Este trabalho tem como base teórica a Teoria de Apego, desenvolvida por John Bowlby a partir do final da década de 50. No início, o objetivo do trabalho de Bowlby era verificar as implicações teóricas das observações sobre o modo como crianças pequenas institucionalizadas reagiam à perda temporária da mãe.

A Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby integra as idéias da Psicanálise e da Etologia. No entanto, diferencia-se da Psicanálise tradicional a partir do conceito de relações objetais, pois adota um número de princípios que derivam da Etologia e da teoria do controle. Dispensa conceitos de energia psíquica e impulso e apresenta estreito laço com a psicologia cognitiva. Adota uma interpretação funcional para o luto, mas diferentemente do conceito psicanalítico, na medida em que analisa o comportamento do ser humano de forma mais ampla, considerando aspectos psicológicos e biológicos.

A primeira declaração formal de Bowlby sobre a Teoria do Apego, baseada em conceitos etológicos, foi apresentada em Londres em três trabalhos clássicos preparados para a Sociedade Psicanalítica Britânica. O texto “A natureza dos laços da criança com sua mãe” foi o primeiro em 1957 (publicado em 1958). Este revisou as explicações psicanalíticas sobre os laços libidinais da criança com a mãe. Para dar suporte às suas colocações, Bowlby usou resultados de pesquisa e observações pessoais. É importante ressaltar que Bowlby, durante 20 anos, esteve envolvido em grupos semanais com mães sobre os quais realizava observações informais de uma amostra ao acaso de bebês e crianças pequenas interagindo com suas mães, por meio das quais aprendeu muito sobre as experiências diárias da mãe com suas crianças.

O que ele denomina teoria da ligação ou apego (“attachment”), é um modo de conceituar a tendência dos seres humanos a estabelecer fortes vínculos afetivos com alguns outros, e de explicar as múltiplas maneiras de manifestação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e a perda involuntárias dão origem. Em termos de corpo teórico, lida com os mesmos fenômenos que são tratados pela Psicanálise como “necessidade de dependência” ou de “relações objetais”, ou ainda, de “simbiose e individuação”.

Sabe-se que, até meados de 1950, predominavam entre psicanalistas e teóricos da aprendizagem determinados posicionamentos acerca da natureza e origem dos vínculos

afetivos. Afirmava-se, então, que os vínculos afetivos desenvolvem-se porque os indivíduos descobrem que, para satisfazer certos impulsos, como o da alimentação (na infância) e o sexo (na vida adulta), necessitam de outro ser humano. Neste sentido, esta teoria trabalha com dois tipos de impulsos; primários (alimento e sexo) e secundários (dependência e outras relações pessoais). Em 1935, Lorenz publicou trabalhos sobre *imprinting*, e em 1958, Harlow realizou um trabalho com macacos *rhesus*, e ambos constataram que o desenvolvimento de fortes vínculos em animais, não estava ligado à satisfação de necessidades de alimentação, mas sim, às necessidades de proximidade com uma figura específica que proporcionava maciez, conforto e segurança.

Desde então, foram realizados trabalhos desta natureza com crianças, como por exemplo: Robertson e Robertson - 1967 a 1972; Ainsworth -1969, 1970, 1977, 1978; Bowlby - 1951, 1960a, 1960b, 1990, 1993; Parkes - 1969, 1971a, 1971b, 1972 (apud Bowlby, 1990), por meio dos quais, foi possível ampliar a teoria, estabelecer a diferença entre dependência e apego, ansiedade patológica e fobia, assim como definir o processo de luto e suas complicações patológicas.

A Teoria do Apego foi ampliada por Parkes (1991, 1994) contemporâneo e colega de Bowlby, no sentido de abarcar todas as reações observadas quando um indivíduo se depara com uma significativa mudança ou crise no seu ciclo vital.

Segundo Bromberg (1994), tornou-se uma afirmação central da Teoria do Apego, o comportamento de vínculo ter valor de sobrevivência para todas as espécies e que o luto, visto como aspecto negativo do vínculo, é uma resposta genérica à separação e ao rompimento de um vínculo, e é observada em muitas espécies, principalmente nas sequências das fases de protesto e desespero do processo de luto.

Sendo assim, para falarmos de perda e luto, alguns dos temas-chave desta pesquisa, temos que falar sobre vínculos afetivos e principalmente sobre apego e, neste sentido, torna-se necessário expor de forma resumida alguns conceitos fundamentais da Teoria do Apego, adotada por esta autora como suporte teórico para compreensão das relações que afetam os casais enlutados e o processo de adoção.

- Introdução à Teoria do Apego

Para a Teoria do Apego, é por meio da observação do comportamento da criança desde o início que podemos ter acesso e compreender o desenvolvimento da personalidade e suas possibilidades. Neste sentido, Bowlby faz a descrição das fases iniciais do funcionamento da personalidade e partindo dela extrapolam-se as fases subsequentes. Portanto, por meio da perspectiva da Teoria do Apego, não se consideram o sintoma ou síndromes como causadores das dificuldades, mas sim, um evento ou experiência considerada potencialmente patogênica para o desenvolvimento da personalidade. Assim sendo, o foco de interesse desta perspectiva teórica aqui adotada não é uma síndrome clínica, mas sim o agente patogênico e assim parte-se da experiência traumática para trabalhar prospectivamente.

Segundo Bowlby (1990), a influência da Etologia na construção teórica está no fato de esta ciência propiciar uma ampla gama de novos conceitos referentes à formação de vínculos sociais íntimos, ao comportamento de conflito e a atividade de “deslocamento”, ao desenvolvimento de fixações (incapacidade de realizar transições psicossociais) patológicas e nos tipos de padrões de apegos desajustados ou na inadequação dos objetos para os quais este comportamento é dirigido.

A perspectiva de Bowlby:

Para a Teoria do Apego a separação da mãe nos primeiros anos de vida pode ser traumática e como condição causal gera muita aflição durante longo período e tem como consequências psicológicas os processos defensivos como a repressão, a cisão e a negação. Esta teoria usa dados derivados da observação direta do comportamento humano, e para isso utiliza também dados provenientes de estudos de animais. As teorias de motivação envolvendo proposições do ponto de vista genético e adaptativo estão presentes na Teoria do Apego, ou seja, a preocupação com a origem e o desenvolvimento psicológico de um fenômeno assim como a relação deste último com o meio ambiente.

A teoria de Bowlby deriva também do conceito de relações objetais, porém não adota fielmente a posição de seus autores mais importantes como os citados por Bowlby (1990) como Melaine Klein, Balint, Winnicott e Fairbairn. A principal diferença é que a Teoria do Apego aborda um novo tipo de “teoria do instinto”. Este modelo de comportamento instintivo utilizado por Bowlby vem em parte da Etologia e em parte de modelos sugeridos por Miller, Galanter e Pribam (idem) e por Young (1964).

Os conceitos centrais aqui utilizados são: sistemas de comportamento, seu controle, informação, feedback negativo e forma comportamental de homeostase.

Para fazer o todo funcionar é necessária a energia física e é isto que diferencia este modelo da teoria tradicional (energia psíquica). Neste modelo de comportamento instintivo complexo, Bowlby (1990) emprega a idéia de feedback que é emprestada da teoria do controle e da teoria da evolução, e portanto, liga a Psicanálise à Biologia.

Então, para entendermos em que baseia-se a Teoria do Apego faz-se necessária a compreensão do comportamento instintivo com suas características e funções, não só na vida dos animais, mas principalmente na vida humana e qual é sua relação com o comportamento de apego.

O comportamento instintivo:

O comportamento instintivo tem 4 características principais:

- a) obedece a um padrão similar e previsível em quase todos os membros de uma espécie;
- b) é uma sequência comportamental que frequentemente segue um curso previsível,
- c) contribui para a preservação de um indivíduo ou a continuidade de uma espécie.
- d) outro aspecto fundamental é que todo caráter biológico, seja físico, comportamental ou morfológico, é um produto da interação da dotação genética com o meio ambiente.

A definição utilizada por Bowlby para o comportamento instintivo é que este caracteriza-se pelo “desempenho idiossincrático de um determinado indivíduo num determinado meio ambiente, que obedece a um padrão reconhecível e que, na maioria dos casos, conduz a algum resultado previsível e benéfico para o indivíduo ou para a espécie” (1990, p. 42).

O autor ainda afirma que não é o comportamento instintivo que é herdado, mas sim, um potencial para desenvolver certos tipos de sistemas. Por outro lado, nenhum sistema por mais flexível que seja, pode se ajustar a todo e qualquer meio ambiente. Neste sentido, o conceito de adaptação não se refere somente ao que ocorre de espécie para espécie, mas de sistema para sistema, de acordo com as características do meio ambiente.

Bowlby (idem) aponta uma importante diferenciação entre os conceitos de adaptabilidade e adaptação. Um estado de adaptabilidade, segundo a Teoria do Apego, implica numa estrutura organizada, num resultado específico a ser atingido e num meio ambiente no qual a estrutura deverá atingir esse resultado. Quando a estrutura está apta a atingir a meta neste meio ambiente, então está adaptada a ele. Portanto, a adaptabilidade pertence à estrutura, enquanto que a adaptação implica numa mudança de estrutura, seja uma mudança para alcançar o mesmo objetivo num meio ambiente diferente, ou seja para alcançar um objetivo diferente no mesmo meio ambiente ou em outro muito semelhante. Sendo assim, a adaptação é um processo de mudança somado à primeira condição acima citada do estado de adaptabilidade.

Neste sentido, é importante pensarmos no fato de que a relação do Homem com o Meio Ambiente está cada vez mais instável atualmente, uma vez que as mudanças neste último não são acompanhadas pela seleção natural e que um sistema não funciona bem, a não ser em seu meio de adaptabilidade.

Um conceito muito utilizado pela Etologia é denominado de “meta-fixada”, que designa um evento limitado no tempo ou uma condição que está em curso, mas que de qualquer forma é produzido pela ação de sistemas comportamentais que estão estruturados para considerar as discrepâncias entre as instruções e o desempenho. Logo, a meta-fixada não é um objeto no meio ambiente, mas sim, é um desempenho de caráter motor específico ou a realização de uma relação específica, de duração variável, entre o animal e algum objeto ou componente do meio ambiente.

O comportamento corrigido para a meta tem como objetivo atingir um resultado previsível por meio de um processo especial. O sistema seleciona movimentos de um modo não casual a fim de aproximar-se da meta-fixada. Para a teoria do comportamento instintivo defendida por Bowlby, grande parte daquilo que se designa de afetos, sentimentos e emoções são momentos de “avaliações intuitivas de um indivíduo sobre seus próprios estados e desejos orgânicos para agir, ou sobre a sucessão de condições ambientais em que ele se encontra” (1990, p. 112). Tais avaliações tem a função não só de avaliar as mudanças internas e externas ao indivíduo, mas também monitorá-lo e facilitar a comunicação com outros indivíduos. Portanto o sentimento é visto pela teoria do comportamento instintivo como uma fase do processo e não como produto deste.

É importante ressaltar que nem todos os processos de avaliação são sentidos, pois dependem dos “inputs sensoriais”. A seleção empírica dos inputs sensoriais é resultado da comparação destes com padrões ou pontos de referência internos.

O comportamento de Apego:

Este comportamento é, segundo Bowlby (1990), um exemplo de comportamento instintivo.

Algumas posições teóricas da década de 50 (citadas abaixo), já apresentavam constatações a respeito da relação dos processos de perda e separação com os vínculos emocionais anteriormente estabelecidos. Observava-se também um forte vínculo da criança com a figura materna aos 12 meses de idade, porém não havia consenso com relação ao tempo de estabelecimento do vínculo, os processos que o mantêm, sua duração e função. Havia 4 teorias principais sobre a natureza e origem do vínculo infantil:

- 1 - Teoria do Impulso Secundário: mãe como fonte de satisfação das necessidades fisiológicas;

- 2 - Teoria da Sucção do Objeto Primário;
- 3 - Teoria da Adesão do Objeto Primário;
- 4 - Teoria do Anseio Primário de Retorno ao Ventre

A mais próxima das proposições adotadas pela Teoria do Apego é a Teoria do Impulso Secundário, que afirma que o desejo de estar com outros membros da espécie é um resultado de ser alimentado por eles.

Uma das críticas de Bowlby é que esta é uma teoria que decorre de um pressuposto e não da prática e da observação direta do comportamento. Tal pressuposto define que existe um número limitado de impulsos primários: fome, sede, conforto e sexo, e qualquer outro comportamento é derivado deles por meio de um processo de aprendizagem.

Esta teoria passou a ser questionada a partir da publicação dos trabalhos de Lorenz (1935) sobre estampagem (“imprinting”). A partir deste momento surgiram questões acerca da causa do comportamento de apego e sua relação com sua função biológica, e sobre sua semelhança com o fenômeno da estampagem.

Bowlby propôs então a Teoria do Apego que, baseada na teoria do comportamento instintivo, e afirmava que “o vínculo da criança com sua mãe é um produto da atividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível” (1990, p. 193).

O apego e o desenvolvimento humano:

Segundo Grossmann & Grossmann (1991), por meio de uma perspectiva de desenvolvimento, a Teoria do Apego, proposta por Bowlby, postulou 4 processos que segundo os autores possibilitam compreender melhor o desenvolvimento humano dentro de uma perspectiva de comportamento de apego:

- 1) O desenvolvimento dos padrões de apego entre bebês e cuidadores baseia-se na expressão das necessidades do bebê, que eventualmente lida com diferenças individuais na qualidade de apego até o final do primeiro ano de vida;
- 2) O processo que transforma estas diferenças relacionais em diferenças individuais, isto é, a transição das interações de apego da díade para representações individuais próprias;
- 3) A transição de estratégias específicas de comportamento da infância, por meio da adolescência, até a vida adulta, incluindo a terceira idade;

4) A transição de qualidades de cuidados por meio das gerações, ou seja, o caminho no qual as estratégias de comportamento de apego são passados de pais para filhos.

Os autores (1991) sugerem que a qualidade de comunicação sócio-emocional pode servir de ligação para estes 4 processos ou perspectivas, e neste sentido, faz-se necessário refletirmos sobre cada uma destas perspectivas e suas ligações, para compreendermos o significado do desenvolvimento do apego no contexto de vida de cada um dos parceiros que deseja adotar uma criança.

O Comportamento de Apego:

O comportamento de apego segundo Bowlby (1990), tem como definição, qualquer forma de comportamento que resulta em que uma pessoa alcance ou mantenha a proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido, o qual é usualmente considerado mais forte e mais sábio. Suas características básicas são:

- choro e chamamento (suscitando cuidados e desvelos);
- seguimento, apego;
- vigorosos protestos quando a criança está sozinha ou na companhia de estranhos;
- com a idade, a frequência e a intensidade com que este comportamento se manifesta diminuem gradativamente. Porém essas formas persistem como parte do repertório do homem, principalmente em situações de crise (doenças, perdas, medos).

A função do comportamento de apego é a manutenção de proximidade com a(s) figura(s) de apego. Estas são as características da manutenção de proximidade:

- a) Especificidade: o comportamento de ligação é dirigido para um ou alguns indivíduos específicos, em geral com ordem de preferência.
- b) Duração: uma ligação persiste, frequentemente por grande parte do ciclo vital.
- c) Envolvimento Emocional: muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, rompimento e renovação de relações de apego.

Aproximando o uso técnico de alguns conceitos da teoria com o uso popular, poderíamos estabelecer as seguintes relações:

- formação de vínculo = “apaixonar-se”
- manutenção = “amar alguém”
- perda de um parceiro = “sofrer por alguém”

Algumas outras características importantes devem ser ressaltadas:

- A ameaça de perda gera sentimentos de ansiedade;
- A perda real gera tristeza;
- A manutenção inalterada de um vínculo afetivo é fonte de insegurança;

- A renovação de vínculo é fonte de alegria e contentamento; neste sentido as emoções são consideradas por Bowlby como reflexos do estado dos vínculos afetivos de uma pessoa.

d) Ontogenia: O comportamento de apego em bebês desenvolve-se até os 9 meses de idade. Quanto maior a experiência de interação social um bebê tiver com uma pessoa, maiores são as probabilidades que ele se ligue a esta pessoa. Aquela pessoa que dispensar mais cuidados maternos se tornará a principal figura de apego.

O comportamento de apego mantém-se ativado até o final do terceiro ano de vida no desenvolvimento saudável, e torna-se daí em diante, cada vez menos ativado.

e) Aprendizagem : Distinguir o familiar do estranho é um processo básico no desenvolvimento do apego, e neste processo recompensas e punições tem papel secundário.

f) Organização : Inicialmente o comportamento de apego é mediado por respostas organizadas. A partir do final do primeiro ano, passa a ser mediado por sistemas comportamentais cada vez mais refinados, organizados ciberneticamente e que incorporam modelos representacionais do ambiente e de si mesmo. Esses sistemas são ativados nas condições de: estranhamento, fome, cansaço, e qualquer situação assustadora. São terminados pelas condições de visualização da figura materna ou escuta de sua voz e pela interação feliz com ela.

No segundo ano de vida, quando a criança começa a andar, o comportamento de apego, bastante característico, é quase sempre observado. Nesta idade os sistemas comportamentais são facilmente ativados, especialmente em situações de separação e estranhamento como foi citado anteriormente.

Até o terceiro ano de vida estes sistemas são ativados facilmente, porém após este período são ativados com menos facilidade e passam por outras mudanças que tornam menos urgente a proximidade com a mãe.

Na adolescência e vida adulta ocorrem novas mudanças, incluindo outras figuras de apego para quem o comportamento é dirigido.

Bowlby (1990) define o comportamento de apego como uma classe de comportamento social de mesma importância ao comportamento de acasalamento e parental.

g) Função Biológica: O comportamento de apego ocorre quando são ativados certos sistemas comportamentais, que são desenvolvidos no indivíduo ainda bebê, como resultado

de sua interação com o meio ambiente de adaptabilidade evolutiva, e principalmente com a figura de apego principal nesse meio ambiente.

Bowlby ressalta que a proximidade não se dá apenas porque a mãe é provedora e satisfaz as necessidades de alimentação do bebê, mas sim, porque promove conforto e segurança, e que o alimento tem papel secundário no desenvolvimento desses sistemas. Portanto a proximidade com a mãe, ou melhor com a figura que dispensa cuidados maternos (não necessariamente a mãe biológica) é a meta-fixada durante o estágio inicial do desenvolvimento dos sistemas comportamentais do bebê. Com o objetivo de atingir a meta-fixada surgem, frequentemente, 5 padrões de comportamento entre 9 e 18 meses de idade, que são usualmente incorporados nos sistemas mais complexos e corrigidos para a meta: orientação; sugar; seguir; chorar e sorrir.

Nos segundo e terceiro anos de vida, o comportamento de apego não diminui de intensidade, mas sim, ocorrem mudanças nas circunstâncias que o eliciam.

Porém, o vínculo com os pais prossegue na vida adulta e frequentemente afeta o comportamento de inúmeras maneiras.

Durante a adolescência e a vida adulta, uma determinada proporção do comportamento de apego é, de forma geral, dirigida para pessoas fora da família nuclear, para outros grupos e instituições do seu meio ambiente de adaptabilidade evolutiva.

A mais provável função biológica do comportamento de apego, é segundo Bowlby, a proteção, principalmente contra predadores.

Para distinguirmos o comportamento de apego de outros comportamentos, a Teoria do Apego usa como critérios principais o chorar e seguir a mãe quando ela sai, e seguir e abordá-la quando ela regressa. Há também outros critérios, como o sorriso diferencial dirigido para a mãe, que acontece geralmente no quarto mês de idade; dirigir-se para a mãe e agarrar-se a ela quando alarmado e as diferentes formas de comportamento apresentados na presença e ausência da mãe. Portanto, observa-se que nenhuma outra forma de comportamento é acompanhada por sentimento mais forte do que o comportamento de apego, pois as figuras para as quais tal comportamento é dirigido são muito amadas.

É fundamental distinguir o que entendemos como apego e dependência, principalmente para estabelecer a diferenciação e o posicionamento frente às teorias psicanalíticas. O *apego* é uma forma de comportamento e é puramente descritivo. Está ausente no nascimento e se evidencia após os 6 meses de idade. Sua função é garantir a manutenção da proximidade, com a figura principal de apego. (que dispensa cuidados maternos). Este comportamento está associado à emoções fortes e tem como função biológica, a proteção contra predadores. Socialmente, ser apegado é uma condição a ser preservada. Já a *dependência* refere-se ao grau em que o indivíduo se apoia e confia em

outra pessoa para a sua existência. Portanto, é uma referência funcional, que é máxima no nascimento e diminui até a maturidade, e não está especificamente relacionado com a manutenção da proximidade. Portanto, não se refere a um indivíduo específico e não está necessariamente associado à emoções fortes, além de que nenhuma função biológica lhe é atribuída. E, finalmente, no aspecto social, ser dependente tem conotação depreciativa.

É importante também diferenciar o comportamento de apego do comportamento sexual: são ativados diferentemente; a classe de objetos para as quais cada comportamento é dirigido pode ser muito diferente, e a fase sensível no desenvolvimento de cada comportamento ocorre em idades diferentes em geral, porém têm alguns componentes compartilhados.

As relações espaciais entre mãe e bebê são resultado de 4 classe de comportamento; duas provenientes da mãe e outras duas do bebê:

- a) de apego da criança;
- b) da criança que é antítese de apego, denominado comportamento exploratório e de atividade lúdica;
- c) da mãe de dispensar cuidados;
- d) da mãe que é antítese dos cuidados maternos, em geral, caracterizada por tarefas domésticas e trabalho profissional.

Portanto, o comportamento de apego da criança se caracteriza por apenas uma das 4 classes diferenciadas de comportamento que são responsáveis para formação da interação mãe-bebê. O ideal para que tal interação seja considerada saudável é que as quatro classes de comportamento apresentem um equilíbrio dinâmico neste processo. Quando a interação entre um par transcorre normalmente cada participante manifesta intenso prazer na companhia do outro e especialmente, nas afeições do outro. Inversamente, quando resulta em persistente conflito, é provável que cada participante manifeste, ocasionalmente ansiedade ou infelicidade intensas, principalmente diante da rejeição do outro.

As condições para ativar o comportamento de apego e influenciar a forma que ele adota e a intensidade com que se manifesta enquadram-se nas seguintes categorias:

- as condições da criança de fadiga, fome, doença, dor ou frio;
- paradeiro e comportamento da mãe de ausência, afastamento e desencorajamento da proximidade;
- e outras condições ambientais como ocorrência de eventos alarmantes.

É importante salientar que a criança dá respostas diferenciadas e que, portanto, exerce influência sobre o input sensorial que recebe, privilegiando alguns tipos e eliminando outros, não sendo, portanto, passiva em nenhum momento deste processo.

As primeiras respostas às pessoas são: orientação em direção à pessoa, voltar a cabeça e sugar, agarrar, prender e alcançar, sorrir, balbuciar e chorar.

O desenvolvimento do comportamento do apego ocorre em 4 fases:

- 1) Orientação e sinais com discriminação limitada da figura;
- 2) Orientação e sinais dirigidos para uma (ou mais de uma) figura discriminada;
- 3) Manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio de locomoção e/ou sinais;
- 4) Formação da parceria corrigida para a meta.

Durante a ontogênese do comportamento de apego, uma das principais mudanças que ocorrem é a diminuição de estímulos que são eficazes para eliciar e finalizar uma resposta.

Em geral é a mãe biológica que se torna a principal figura de apego do bebê, mas é importante salientar que uma figura subsidiária que trata a criança de forma “maternal” pode tornar-se sua figura principal de apego. Entende-se como “forma maternal”, a atitude de manter uma interação social muito ativa com a criança, respondendo prontamente a seus sinais e abordagens.

Porém, Bowlby (1990) também observou que as respostas maternas de uma figura substituta poderão ser menos fortes e menos sistematicamente deflagradas do que as de uma mãe biológica, uma vez que a primeira não apresenta os mesmos níveis hormonais da segunda e poderá não ter nada a ver com o bebê até alguns meses de idade.

Por meio dos dados coletados por Bowlby (idem) é possível constatar que uma criança procura sua figura de apego quando está cansada, doente, faminta ou alarmada e também quando se sente insegura porque a mãe não está por perto. Por outro lado, a criança procura uma companhia para brincar quando está tranqüila e confiante porque sua mãe está por perto ou porque sabe onde esta se encontra. Observa-se que ambas as circunstâncias não são incompatíveis, podendo alternar-se.

Segundo a Teoria do Apego, um bebê bastante apegado a uma figura principal é consideravelmente mais propenso a dirigir seu comportamento social para outras figuras discriminadas, mas por outro lado, um bebê fracamente apegado pode isolar seu comportamento social em uma única figura.

Sempre que o objeto “natural” do comportamento de apego é inacessível, o comportamento pode passar a ser dirigido para algum objeto substituto, por exemplo: quando a criança não tem acesso ao seio, ele poderá dirigir seu comportamento de sugar para uma chupeta ou mamadeira.

A Teoria do Apego, devido a influência da teoria do comportamento instintivo, caracteriza 4 processos que levam à seleção de figuras:

- 1) uma tendência inata para olhar, ouvir e orientar-se para certas classes de estímulos, de preferência a outros, o que resulta o bebê dirigir sua atenção aos adultos que cuidam dele;
- 2) aprendizagem por exposição, a qual resulta o bebê aprender os atributos perceptuais de quem estiver cuidando dele e distinguir essa pessoa de todas as outras pessoas e coisas;
- 3) uma tendência inata para aproximar-se de tudo o que for familiar, o que leva o bebê assim que adquire independência motora, a acercar-se da figura ou figuras familiares que aprendeu a distinguir das demais;
- 4) aprendizagem por meio da qual, em resultado do feedback de certas consequências de um comportamento, este pode ser aumentado (reforçado), como já foi anteriormente citado com relação aos comportamentos instintivos mais complexos.

Um dos maiores e mais eficazes reforçadores do comportamento de apego é o modo como os parceiros do indivíduo desde quando era bebê respondem a seus avanços sociais.

É fundamental ressaltar que Bowlby avalia que há duas variáveis que estão relacionadas com o desenvolvimento do comportamento de apego:

- a sensibilidade da mãe em responder aos sinais do filho;
- e a quantidade e natureza da interação entre a mãe e o bebê.

Quando ocorre atraso no desenvolvimento do apego, em geral, é devido ao bebê experimentar muito menos estimulação social de uma figura que dispensa cuidados maternos do que a maioria dos bebês.

Bowlby utiliza uma classificação para padrões de comportamento de apego elaborada por Ainsworth por meio da aplicação do teste da Situação Estranha (Ainsworth e outros, 1978) em 83 pares mãe-bebê. Tais padrões foram observados no primeiro aniversário da criança e a dimensão utilizada como critério é *segurança*:

PADRÃO B: Seguramente apegados

- Caracterizam-se por bebês seguramente apegados à mãe. A maior parte da amostra deste estudo realizado por Ainsworth e outros (1978) se encaixaram neste padrão e têm como características serem ativos nas brincadeiras, buscam contato quando afligidos por uma separação breve e são prontamente confortados voltando a absorver-se nas brincadeiras. Fazem explorações com razoável liberdade numa situação estranha usando a mãe como base segura. Não se afligem com a chegada de um estranho e mostram estar cientes do paradeiro da mãe durante sua ausência.

PADRÃO A: Ansiosamente apegados

São bebês ansiosamente apegados à mãe e esquivos, evitam a mãe, principalmente após a segunda ausência breve. Esta população representou 20% do total da amostra de

Ainsworth (1978) e tem como características, tratar o estranho de modo mais amistoso do que o fazem com a própria mãe.

PADRÃO C: Ansiosamente apegados e resistentes

Representaram 10% da amostra de Ainsworth e têm como características, oscilar entre a busca da proximidade e do contato com a mãe e a resistência ao contato e interação com elas.

Para Bowlby, os bebês que apresentam os padrões A ou C são considerados inseguramente apegados; não fazem explorações, mesmo quando a mãe está presente; ficam muito alarmados na presença de um estranho e desamparados com a ausência da mãe e não demonstram contentamento quando esta regressa. Observa-se que nestes dois padrões ocorre um desequilíbrio entre exploração e apego.

Os critérios usados para definir tais padrões enfatizam a dimensão segurança - insegurança e têm muito nexos para o contexto clínico, uma vez que medem um aspecto da personalidade, o qual tem importância imediata para a saúde mental e na definição das possibilidades de formação de vínculos ao longo da vida.

O equilíbrio da interação que irá garantir um desenvolvimento do comportamento de apego adequado depende tanto das características iniciais do bebê como também, das características iniciais da mãe, ambas influenciando o modo de responder do parceiro. Porém, a participação da mãe, segundo Bowlby, é mais complexa, pois deriva de sua dotação inata, de uma longa história de relações interpessoais em sua família de origem e de uma profunda absorção dos valores e práticas de sua própria cultura.

Quando todas as condições citadas anteriormente são satisfeitas, é provável que resulte numa interação feliz e ativa entre mãe e bebê e que um apego seguro se desenvolva. Porém, quando as condições só em parte são satisfeitas, observa-se atrito e descontentamento na interação e o apego se desenvolve menos seguro. Finalmente, quando as condições não são satisfeitas, podem resultar graves deficiências de interação e de apego, como por exemplo: atraso no desenvolvimento do apego, uma vez que a criança descobre que as respostas sociais da figura materna são imprevisíveis.

PERSISTÊNCIA E ESTABILIDADE DE PADRÕES:

Quanto mais satisfação o padrão de interação adotado por um par proporcionar a cada parceiro, mais estável ele será. Por outro lado, quanto mais descontentamento ele proporcionar a um ou ambos os parceiros, haverá menos estabilidade, e por isso o parceiro

insatisfeito estará procurando, sempre ou intermitente, alterar o padrão. Porém, segundo David e Appell (1966, apud Bowlby, 1990), sendo satisfatório ou não para os parceiros, o padrão de interação construído durante o primeiro ano de vida, tende a persistir, pelo menos nos 2 ou 3 anos seguintes, pois as expectativas de cada um com relação ao comportamento do outro são confirmadas.

Tais padrões, mesmo que estáveis, podem ser modificados em situações críticas, como acidentes, doença crônica, depressão, perda. De modo geral, o comportamento de apego persiste durante a vida inteira: figuras antigas ou novas são selecionadas e mantém-se com elas a proximidade e/ou comunicação. Enquanto o resultado do comportamento continua sendo virtualmente o mesmo, os meios para obtê-lo tornam-se cada vez mais diversos.

Não se deve atribuir excessiva significação prognóstica à afirmação de que no primeiro ano de vida de um bebê, um par pode ter estabelecido um padrão característico de interação. Porém, apenas que para a maioria dos pares mãe-bebê, um padrão tem boas possibilidades de persistir. Quando o padrão é favorável para o futuro de ambos, sua estabilidade é fortalecida, porém quando o padrão é desfavorável para um dos parceiros ou para ambos, sua estabilidade cria um sério problema, pois qualquer mudança no padrão, como um todo, exige alterações na organização comportamental de ambos.

O comportamento de apego, como já foi citado anteriormente, não desaparece com a infância, mas persiste durante a vida inteira. Figuras antigas ou novas são selecionadas e mantém-se com elas a proximidade e/ou a comunicação, sendo que os resultados do comportamento continuam sendo os mesmos, apenas mudando as estratégias para obtê-lo.

Os vínculos de apego na infância e na vida adulta:

Os relacionamentos mantidos por adultos, segundo Weiss (1991), certamente aparecem tendo as propriedades do apego infantil. Os pares vinculados e os investimentos emocionais vividos na infância imatura, parecem ser regularmente despertados pelas características do apego. Com relação aos pais, a maioria dos adultos não desperta continuamente relacionamentos como os da infância. Preferivelmente, eles tratam os pais como familiares próximos pelos quais sentem afeição, sobre os quais se preocupam, mas cuja presença não proporciona aumento dos sentimentos de segurança.

Os apegos na vida adulta, em geral, são com o par, com os filhos, com os terapeutas ou conselheiros. Relacionamentos com terapeutas ou conselheiros parecem, algumas vezes, despertar apego, talvez como uma transferência positiva, outras vezes não.

Há outros tipos de apegos, denominados por Bowlby (1990) de subsidiários, e denominados por Weiss (1991) de relacionamentos de comunidade, que são estabelecidos com amigos, colegas de trabalho e outros familiares. Raramente, quando perdemos alguns destes relacionamentos aumentamos o luto persistente e somente, raramente, faz sentido uma persistência da ligação emocional nestes relacionamentos, quando estes estão prejudicados ou com dificuldades.

Os relacionamentos de apego na vida adulta são diferentes em certos aspectos, segundo Bowlby (1990), especialmente no grau no qual a figura de apego é tida como sábia e forte. Weiss (idem) argumenta que há três justificativas para que os vínculos na vida adulta sejam desenvolvidos a partir dos vínculos construídos por meio do apego infantil:

- similaridade de características emocionais: As propriedades do apego infantil e do apego adulto podem ser percebidas como iguais nas situações de escolha da figura de apego, do relacionamento com a figura de apego e na natureza do disparador de ameaça. Isto porque nós lidamos com o mesmo sistema emocional no qual apenas os elementos perceptivos foram modificados. A perda da figura de apego na infância e na vida adulta produz luto e protestos de separação semelhantes. Em cada caso uma síndrome pode ser observada incluindo chamamento, choro, busca frenética, chamada perceptual persistente da figura perdida, perturbação e eventual desespero. A persistência indefinida do sentimento de luto em apegos adultos é também similar à angústia infantil na perda da figura de apego.

Neste sentido, quando um adulto ou um casal perde um filho, a não aceitação desta perda acrescentada à necessidade de manter ativado o apego pelo objeto perdido, pode levar este casal a resolver a “angústia”, adotando uma criança que venha substituir e dar continuidade àquela relação vivida com o filho perdido. Nestes termos, podemos pensar que a não aceitação e a impossibilidade de contato com a experiência da perda nem mesmo permitem ao casal protestar a separação de forma adequada e com o tempo e ritmo necessários deste casal. De forma inconsciente, a tentativa de se livrar da angústia frente à perda do objeto de apego é atuando no sentido de repor o objeto perdido com a adoção.

A generalização da experiência aparece, segundo Weiss (1991), quando os elementos emocionais que são associados com o apego infantil são expressados no apego adulto. Efeitos deste tipo não são percebidos nas relações de trabalho.

Se pensarmos que em situações estranhas, de ameaça, ou mesmo de perda, o comportamento de apego infantil e adulto são eliciados e que neste processo, os elementos emocionais ligados à situação de perda e associados à ambas as fases também são eliciados, podemos concluir que é fundamental estudarmos o processo de desenvolvimento do apego desde a infância até a vida adulta de cada um dos parceiros que desejam adotar, a

fim de compreendermos o sentido desta decisão para cada um deles, e como esta se encaixa nas relações vinculares destes sujeitos.

Quanto à ligação temporal, Weiss (1991) defende a idéia de que o apego adulto é um largo estágio do sistema iniciado no apego infantil. A ligação temporal transmite a idéia de que há uma continuidade, um desenvolvimento envolvendo não só a experiência adquirida na infância, mas também a vivência de novas situações ao longo do ciclo vital, o surgimento de novas figuras e também as experiências de mudanças das relações já estabelecidas até então. Ao observarmos o desenvolvimento do apego nos indivíduos, podemos constatar repetições de padrões de apego e modificações ou adaptações destes frente às novas relações.

A partir das proposições colocadas anteriormente, podemos formular a seguinte possibilidade de relação entre os sistemas de apego durante o ciclo vital:

SISTEMA EMOCIONAL DO APEGO INFANTIL < > SISTEMA EMOCIONAL DO APEGO ADULTO

Isto é: o sistema emocional do apego infantil é o sistema parental para o sistema emocional do apego adulto. Esta afirmação, segundo Weiss (1991), gera o questionamento de qual poderia ser o processo pelo qual o sistema emocional do apego na infância se torna o sistema parental do sistema emocional do apego adulto. Segundo o autor, o curso do desenvolvimento do apego na infância parece se movimentar de uma dependência opressiva pela presença da figura de apego para uma relativa autonomia da figura de apego. Este progresso dos sentimentos de apego, geralmente, vai dos 2 anos até os 17 anos de idade.

Ao passar pela adolescência, isto é, pela fase em que os indivíduos abandonam e rejeitam seus pais como figuras de apego, num processo de maturação sexual e social, por meio de um aumento do desejo de independência e de uma maior capacidade para isso, o indivíduo chega à fase adulta e, posteriormente, à fase final do processo de transformação do sistema de apego; quando uma figura do apego adulto é escolhida.

O autor coloca que há muita discussão acerca do que determina a seleção do companheiro, e tais discussões têm como parâmetro três tipos de teoria:

1) teoria da escolha numa situação de competição por parceiros atraentes. Segundo o autor, o apego não tem função nesta escolha de união, mas apenas o desejo. Esta colocação sugere também que o que determina o desejo e a atração para cada indivíduo é aquilo que de certa forma lhe é familiar ou, outras vezes, aquilo que parte do referencial do que lhe foi familiar durante a vida, e neste sentido, está totalmente ligado às suas relações durante seu desenvolvimento, e mais especificamente aos apegos estabelecidos por ele durante a vida;

2) teoria que as pessoas são atraídas pelo senso de adequação comum em alguns aspectos importantes: valores, interesses, ideais, objetivos ou dinâmicas subjacentes. Novamente podemos pensar que tais aspectos importantes são construídos nas relações do indivíduo com suas primeiras e mais importantes figuras de apego, em geral, dentro da família de origem: pai, mãe e familiares.

3) teoria de complementaridade: pessoas escolhem outras, enquanto elas podem dividir experiências ou valores, e também prover algum tipo da satisfação necessária. Se ele precisa ser o cuidador, ela precisa ser cuidada, e vice-versa. E neste sentido, podemos acrescentar que o apego também tem função nesta complementaridade, pois o que ele chama de satisfação necessária foi estabelecida a partir das relações com as figuras de apego do indivíduo, do que ele viveu e do que gostaria de viver com tais figuras e acaba associando tais necessidades às novas figuras de apego na vida adulta. Não há só função do apego, como também, manifestações do apego infantil no apego adulto, ao se falar da satisfação necessidades e da complementaridade destas.

A representação mental (metacognição) das relações de apego na infância:

Main (1991), Professora do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, propõe uma forte relação entre a qualidade de apego da criança para com seus pais (seguro, evitante-inseguro, inseguro-ambivalente, inseguro-desorganizado ou desorientado) e a reconstrução do adulto de sua história de apego, bem como com a representação posterior da criança, de si mesmo e dos outros.

Segundo a autora, os aspectos do conhecimento metacognitivo têm importantes consequências para o desenvolvimento emocional das crianças, principalmente a partir dos 6 anos de idade. Neste sentido, ela estabelece relação entre conhecimento metacognitivo, funcionamento metacognitivo e processo de apego, não só durante a infância, mas também durante a vida adulta.

Ela sugere também, que dificuldades para distinguir aparência-realidade e o código duplo de entidades simples pode tornar a criança vulnerável para responder às experiências de apego desfavoráveis devido ao desenvolvimento de modelos múltiplos (conflitantes ou incompatíveis) de apego. Ela define como modelo de trabalho interno, a representação individual em relação ao mundo, às suas figuras de apego e à sua relação com eles. Quanto aos processos de metarepresentação, são definidos por Main, como “pensamentos sobre os pensamentos”.

As representações são os processos internos que incluem representações proposicionais (que foram entendidos como construção de significados, termo definido anteriormente), imagens e modelos mentais.

Segundo Bowlby (1990), os modelos mentais são componentes necessários do sistema comportamental de apego e que servem para agirmos em situações novas, usando simultaneamente da experiência e do inconsciente.

Os modelos são múltiplos, quando se referem ao mesmo aspecto da realidade e são implicitamente contraditórios. Estes modelos múltiplos são caracterizados e explicitados pelas crenças, esperanças, sentimentos, desejos e pelo conteúdo relacionado à estas proposições.

A metacognição (representação de segunda ordem) é um conhecimento sobre a cognição (representação de primeira ordem), que implica numa distinção entre aparência e realidade, além da regulação da cognição (que avalia o processo de distinção), monitorando e planejando atividades, além de checá-las.

Estas apreensões da realidade estão relacionadas aos padrões de interação desfavoráveis ou favoráveis com figuras de apego, que podem deixar a criança vulnerável, ou não, a desenvolver modelos múltiplos de apego e de si mesmo.

Neste sentido, crianças e adultos seguros demonstram integração de informações relevantes para apego, enquanto que crianças e adultos inseguros demonstram incoerência e falta de integração, ou falta de acesso para informações com relação ao apego. Sendo assim, pessoas inseguras apresentam um misto de pensamentos contraditórios, sentimentos e intenções, com relação ao mesmo aspecto da realidade (modelo múltiplo).

Portanto, segundo tais afirmações, ao avaliar um casal com relação ao desenvolvimento de apego, devemos considerar seu processo de metacognição, como instrumento para auxiliar o reconhecimento do padrão de apego destes indivíduos. Quanto mais nos aprofundarmos nesta investigação, mais seguras serão as afirmações acerca do significado da adoção para os indivíduos. Neste sentido, a autora trouxe ainda, uma outra grande contribuição, que caracteriza pelo roteiro de entrevista de apego adulto, elaborado por ela, Kaplan e George (1996), que visa compreender as experiências de apego individuais iniciais e sua influência na vida adulta.

É fundamental, dentro desta perspectiva teórica, que possamos compreender o apego como organizador do significado.

Segundo Peter Marris (1991), professor de Planejamento Social na Escola de Graduação em Arquitetura e Planejamento Urbano da Universidade da Califórnia, o apego é o primeiro e mais crucial relacionamento por meio do qual o ser humano começa a aprender a organizar significado. O autor chama de “significado” uma organização de experiências que capacitam-nos a identificar aqueles eventos que têm importância para nós, que contam-nos experiências prévias, e determinam como nós respondemos a elas. Isto envolve eventos classificatórios, propósitos ordenados, e sentimentos reconhecidos associados com eventos e propósitos. Como todas as organizações vivas, isto envolve constantemente e reiteradamente, eventos que provocam emoções as quais influenciam propósitos, que por sua vez, influenciam os eventos que se seguem e como nós nos sentimos em relação a eles. Neste sentido, Marris afirma que não conseguiríamos sobreviver sem estes significados, e que o processo de crescimento é, mais do que nada, amaturação das organizações de significado. Mas, significados são organizados como instituições sociais bem como as compreensões pessoais - como ciência, religião, ideologia, leis, arte, e mais fundamentalmente, na estrutura de uma linguagem. E estes significados institucionalizados também têm vida própria, evoluindo enquanto são repetidos. Como muitas de nossas compreensões pessoais são incorporadas a estes significados institucionalizados, eles criam a previsibilidade da interação humana.

A relação entre significado e apego:

Segundo Marris (idem), uma vez que o nosso bem-estar depende da segurança da proteção de nossas figuras de apego, o relacionamento é nosso interesse central por toda a infância. Como Bowlby (1990) enfatizava, o apego evolui como uma interação entre uma criança única e seus parentes únicos, por meio da qual, cada um aprende um conjunto de estratégias por meio das quais administram o relacionamento. Durante os primeiros meses de vida, as estratégias infantis começam a ser informadas pelo aprendizado, e então, a criança pode expressar o significado em palavras, as quais já estabelecem uma poderosa organização de emoções, desejos, e padrões de experiências centradas em duas principais tarefas da infância, que são: adquirir atenção das figuras de apego e aprender a usar habilidades crescentes.

Neste sentido, aprender a administrar um relacionamento de apego é aprender a entender ordem e controle. Sendo este relacionamento um tipo real de segurança, conforto e

nutrição no início da vida, a administração do apego é o ponto inicial e modelo para entender todo tipo de ordem.

Marris ressalta um aspecto muito importante, que às vezes passa quase despercebido na prática clínica; a influência cultural nas práticas de educação infantil, e consequentemente, nas experiências de apego infantil. Ele afirma que esta é a primeira ligação crucial entre compreensão sociológica e psicológica, ou seja, a experiência do apego, que influencia profundamente o crescimento da personalidade, é produto de uma cultura, e por outro lado, um determinante de como a cultura vai reproduzir na próxima geração, não somente com relação ao apego, mas com todas as nossas idéias de ordem, autoridade, segurança e controle.

Segundo Marris (1991) significados tendem a se auto-confirmar. Neste sentido, nós criamos relacionamentos que os personificam ou que evitam, repudiam ou negam situações que os contradizem. Este impulso de conservação da ordem previsível serve tanto na nossa vida privada como nas nossas instituições culturais. Um exemplo desta afirmação, é a idéia de que as famílias de nossa cultura tem a função de procriar filhos. Toda a cultura reforça tal proposição. Quando tal significado é negado ou impossibilitado por determinadas situações (por exemplo, a esterilidade), muitas vezes, nós procuramos negar ou repudiar tal situação, tentando buscar uma nova possibilidade que personifique novamente o significado reforçado culturalmente. É o que ocorre quando procuramos adotar um filho para dar continuidade à idéia de gerar filhos.

Nós não podemos, ao longo do tempo, prevenir relacionamentos de mudanças e de transformações contraditórias, se somente o ato de reproduzir um relacionamento muda isso. Esta vulnerabilidade constitui a incerteza. É importante diferenciar vulnerabilidade de risco, uma vez que este último, é inteligível e predizível, ao contrário da vulnerabilidade, que escapa ao nosso controle racional das situações que vivemos.

Marris relata que há 3 tipos de eventos que promovem vulnerabilidade. Os que nos interessam, neste trabalho, são aqueles eventos que embora inteligíveis, rompem com os propósitos que norteiam as ações e personificam os significados, como a perda de uma figura de apego ou um desastre natural. Para exemplificar a natureza deste evento, vamos pensar no câncer: nós entendemos e conhecemos o câncer, mas quando alguém que amamos é surpreendido por esta doença, ficamos desnorteados por não conseguir responder à pergunta sobre por que isto foi acontecer justamente com aquele que amamos.

Quando nossos propósitos são rompidos, temos que aprender a nos convencer que podemos viver sem aquilo que não podemos ter. Trata-se da aceitação da perda. Temos que reformular idéias e propósitos e livrar-nos de suas inerentes contradições. As estratégias usadas para tal reintegração são sutis, complexas, frequentemente tortuosas, às vezes

nítidas e poderosas, e às vezes são empobrecidas e deturpadas. A medida do fracasso desta reintegração é ansiedade, falta de capacidade para se defender, depressão e luto.

A reação de vulnerabilidade frente às situações de incerteza também vai depender do grau em que a cultura impõe significado nos eventos, descobrindo padrões predizíveis para nortear as ações do indivíduo. Neste sentido, podemos pensar que nossa cultura impõe muito significado à procriação, o que prejudica as pessoas mais vulneráveis às situações de incerteza. Ou seja, por exemplo, a aceitação da perda no caso da esterilidade, pode ser mais difícil para pessoas que são mais vulneráveis às situações que contradizem o propósito de gerar filhos, e sendo assim o comportamento de negar tal realidade pode ser mais provável nestes indivíduos.

O que faz uma pessoa ser mais vulnerável que a outra em situações de incerteza? Segundo Marris (1991), pesquisas em luto, depressão e com relação aos efeitos do desemprego, sugerem que as experiências infantis de apego, a natureza dos eventos e o contexto social em que eles ocorrem, tudo isso, afeta nossa capacidade de resistência.

Segundo Weiss (1991), a acessibilidade das figuras parentais é a única capaz de sustentar os sentimentos de segurança da criança, e o termo empregado por Bowlby, “apego”, vem sendo usado para referir-se aos vínculos relacionais responsáveis. Ainda segundo o autor, algumas características tem sido propostas para distinguir apego de outros tipos de vínculos relacionais:

- 1) busca da proximidade; principalmente em situações estranhas ou ameaçadoras;
- 2) Resultado de base segura, que é proporcionado pela presença de uma figura de apego, podendo assim, brincar e explorar o ambiente;
- 3) Protesto de separação, frente à ameaça de continuar a acessibilidade da figura de apego;
- 4) Eliciação pela ameaça, isto é, quando a criança se torna ansiosa, sentimentos e comportamentos de apego são disparados, ao contrário da situação de segurança quando os pais podem até ser ignorados pela criança;
- 5) Especificidade da figura de apego, ou seja, apenas uma figura é objeto de apego e isto acontece quando sua aproximação proporciona segurança e sua separação promove protestos;
- 6) Inacessibilidade para controle consciente; por exemplo, quando uma figura de apego morre, o sentimento de apego persiste, protestos de separação continuam mesmo que outras figuras alternativas e adequadas estejam disponíveis;
- 7) Persistência na falta de reforço;
- 8) Insensibilidade para experiências com a figura de apego; isto é, mesmo que a figura de apego seja negligente ou abusiva, o apego parece persistir.

PARTE II: A LITERATURA SOBRE LUTO

A relação entre apego, vulnerabilidade e luto:

Marris (1990) apresenta uma perspectiva social acerca dos aspectos também abordados por Bowlby (1993) e Parkes (1991). Em acordo com estes dois autores, afirma que qualquer perda que fundamentalmente rompe com propósitos centrais das nossas vidas vai normalmente provocar severo e duradouro luto. Para reintegrar estes propósitos, de forma que eles possam novamente informar nossas ações, o enlutado deve recuperar e consolidar o significado daquilo que ele perdeu, separar o significado do passado irrecuperável e reformular o significado daquilo que será relevante para o presente. Este processo é doloroso e ambivalente, mas em 1 ou 2 anos, a maioria das pessoas se recupera.

Como já tinha sido afirmado por Parkes (1993), existem três circunstâncias que dificultam a elaboração do luto: a perda precoce e inesperada; ambivalência com relação ao relacionamento perdido e a super-dependência no relacionamento, que parece refletir a insegurança subjacente em relação aos apegos.

Existem algumas circunstâncias que afetam nossa capacidade para lidar com as incertezas:

- Qualquer evento que atravessa nossos motivos cruciais para agir, causa confusão e senso de futilidade. Desde que estes motivos sejam associados intimamente com apegos, a perda de um apego crucial é caracteristicamente a mais severa ruptura deste tipo de evento. Mas a perda de uma auto-concepção, especialmente se isto afeta apego ou outros relacionamentos, pode também ser traumática; por exemplo: um homem envergonhado porque perdeu seu status, sente que não pode enfrentar esposa, filhos e amigos. Isto também tange a situação de esterilidade, principalmente, no caso masculino, onde a auto-concepção de estéril é também vista na nossa cultura, como motivo de vergonha pois está fortemente ligada à idéia de virilidade. Neste sentido, a adoção pode vir como uma negação desta situação, o que pode ser percebido, posteriormente, na dificuldade de falar sobre a adoção com a criança, e assim ter que entrar em contato com aquilo que se quer negar.

Os eventos rompidos são mais difíceis de lidar quando são precoces e inesperados, porque nós não podemos nos preparar para eles. Eles são frequentemente ininteligíveis, também, no sentido de que nós não podemos entender porque eles acontecem conosco. Ex: esterilidade, perda por aborto, morte de filho por acidente ou doença súbita.

As pessoas menos suscetíveis à opressão por eventos rompidos vão se recuperar deles mais rapidamente, se tiverem suporte social que tenha continuidade.

Portanto, Marris entende que vulnerabilidade para luto e depressão é mais um fator do ambiente social e físico que nós habitamos, do que de personalidade.

Penso que é difícil colocar esta ordem de importância, pois a experiência de apego infantil influencia profundamente nossa capacidade de resistência, uma vez que é por meio dela que adquirimos senso de segurança ou de insegurança, e que formamos nossa personalidade, além de nos dar subsídios para lidar com o ambiente físico e social que nos rodeia. Sendo assim, observo que a vulnerabilidade é um fator de qualidade de apego, que se define nas relações mais significativas da vida de cada indivíduo. Não consigo perceber aspectos de relacionamento, de formação de personalidade e suas influências culturais e sociais, de forma separada e hierarquizada, mas sim como um contexto complexo que funciona por meio da retroalimentação de todos estes aspectos.

- Separação:

De modo geral, observa-se que na vida adulta é muito difícil perceber que todo distúrbio emocional está associado às experiências pessoais, sejam atuais, ou sejam do passado. Na fase inicial da infância, já podemos perceber com mais facilidade e clareza, as relações entre os estados emocionais e experiências do presente ou do passado recente.

Observa-se também, que alguns indivíduos se recuperam, muito ou completamente, após experiências de separação e de perda, e por outro lado, há outros que não parecem ter tais condições de recuperação. Há, portanto, uma variabilidade imensa de reações entre estes dois extremos e segundo Bowlby (1993), há dois tipos de condições que provavelmente influenciam esta variabilidade de reações:

- condições intrínsecas à separação ou muito associadas a ela, principalmente as condições nas quais a criança recebe cuidados quando afastada de sua mãe;
- condições que acompanham a vida da criança em períodos mais largos, principalmente as relações que ela mantém com seus pais nos meses ou anos que precedem e seguem o evento.

Ao observar crianças institucionalizadas por um período, Bowlby constatou algumas reações comuns entre as crianças tais como: choro; demonstração de angústia, principalmente na hora de dormir; clamar pela mãe ou pelos pais e buscar a mãe. Neste período as crianças estavam voltadas para os genitores e não se mostravam acessíveis para se relacionar com as enfermeiras. De modo geral, elas trouxeram de casa um objeto de estimação e as reações individuais ao voltar para casa variavam e estavam relacionadas ao tempo de ausência das figuras de apego. Por meio deste estudo, observou-se também que

há duas condições que intensificam as reações: presença de uma pessoa conhecida e/ou objetos familiares, e cuidados maternos de uma mãe substituta.

Quando ocorrem sequências de reações intensas de protesto intenso, seguido de desespero e desapego, podemos atribuí-las a uma combinação de fatores causais tendo como fator central a conjunção de pessoas estranhas, eventos estranhos e a ausência de cuidados maternos, seja da própria mãe ou de uma figura substituta e capaz.

A Teoria do Apego coloca como variável-chave na determinação do estado emocional e do comportamento da criança, a separação da figura materna, conduzindo à tristeza, à raiva e à angústia mesmo não ocorrendo os demais fatores acima mencionados.

É importante ressaltar que a terminologia usada por Bowlby e por esta pesquisadora utiliza o termo “presença” quando se trata do acesso imediato da figura de apego; “ausência” quando se refere à inexistência de acesso e “separação e perda”, indicando que a figura de apego do indivíduo não é acessível temporariamente (na separação) ou permanentemente (na perda).

Por meio de estudos experimentais realizados por alguns autores, entre eles Ainsworth e Bowlby (1954 apud Bowlby 1993), que tinham como objetivo comparar o comportamento da criança na presença e na ausência da mãe, mantendo inalteradas as demais condições, foi possível concluir que em situação favorável, as crianças entre 11 e 36 meses de idade, criadas no seio de suas famílias, notam rapidamente a ausência da mãe e, de hábito, revelam certa preocupação, podendo até chegar a angústia intensa, diminuem a atividade, chegando até cessar e ocorrem esforços no sentido de encontrar a mãe. As crianças de 2 anos de idade ficam tão perturbadas quanto as de 1 ano de idade nestas situações. Já as crianças de 3 anos, tendem a perturbar-se menos nestas circunstâncias, compreendendo a ausência da mãe e recuperando-se mais rapidamente. Aos 4 anos, ou não se abala com a situação, ou ao contrário, fica muito aflita com o comportamento aparentemente arbitrário da mãe. De modo geral, as crianças mais velhas estão mais capacitadas a empregar a comunicação verbal e visual para manter contato com a mãe. Em alguns estudos e em certas idades, não houve diferenças de comportamento entre meninos e meninas.

As reações variadas com relação à separação, não são notadas em crianças com menos de 6 meses de idade, uma vez que o comportamento de apego ainda não foi estabelecido, e após o primeiro aniversário a intensidade das reações de separação começa a decrescer de forma lenta e gradual.

Bowlby (1993) aponta para similaridade de respostas frente à situações de separação entre o comportamento do Homem, mamíferos e aves, assim como ocorre no

comportamento de apego, não sendo, portanto, uma característica exclusiva da nossa espécie.

O modelo de motivação proposto por Bowlby, transformou-se, na área da Psicologia, em um novo paradigma. O paradigma então adotado, apoia-se na teoria da evolução e apresenta alguns traços característicos, que já foram citados anteriormente:

O comportamento resulta da ativação e posteriormente da finalização de sistemas comportamentais que se desenvolvem e existem no organismo que variam no grau de organização e complexidade. Ele resulta da ativação e da finalização de certos tipos de sistemas comportamentais recebe o nome de “instintivo”, porque está sujeito a um padrão de uma determinada espécie. Os fatores causais de ativação e finalização de tais sistemas são:

- níveis hormonais;
- organização e atuação autônoma do sistema nervoso central;
- alguns tipos especiais de estímulos ambientais;
- estímulos proprioceptivos oriundos do organismo.

Este modelo sustenta também que o medo é uma disposição natural do homem e que acompanha o ser humano, em certo grau, da infância até a idade madura e também se manifesta em animais de outras espécies. Considera-se complicado quando a tendência de sentir medo está ausente ou se apresenta com muita rapidez e intensidade.

Segundo a Teoria do Apego, para entendermos as situações que estimulam e levam os homens a se sentirem angustiados ou temerosos, ou ao contrário, sentirem-se seguros, é preciso abandonar todas as noções pré-concebidas do que se considera “realista, razoável ou apropriado temer” (Bowlby, 1993, p.95).

Existem formas de comportamento que são indicativas de medo, incluindo as formas iniciais de comportamento como postura, expressão e ação incipiente, como por exemplo: olhar de cautela; inibição da ação; expressão facial assustada/tremor ou choro; busca de abrigo; ato de esconder-se; fuga e tentativa de manter contato com alguém.

Estas e outras formas de comportamento indicativas de medo admitem 3 tipos de resultados previsíveis:

- a) imobilização;
- b) distância crescente de um tipo de objeto (ameaçador);
- c) proximidade crescente de outro tipo de objeto (protetor) = comportamento de apego.

Sendo assim, observamos que tanto o comportamento de apego como o de afastamento possuem a mesma função, que é de proteção, além de muitas condições geradoras em comum.

Para a Teoria do Apego as formas de comportamento de medo, bem como as situações e eventos que provocam o comportamento de medo são heterogêneas e é

fundamental não considerarmos somente as situações concretas que tendem a despertar medo, mas também as situações potenciais que um indivíduo, com boas razões ou não, prevê como desagradáveis ou perigosas, incluindo, portanto, os chamados medos imaginários.

Esta teoria ainda afirma que duas situações-estímulo quando isoladas, despertam medo de baixa intensidade e provocam quando reunidas, medo de alta intensidade. Outro fato, é que a presença ou ausência de uma figura de apego ou de algum companheiro tem extrema influência na intensidade do medo provocado pelas situações. A partir de tais conclusões se torna possível uma percepção mais clara e exata das situações que eliciam medo intenso.

Sem considerar o medo da separação, visto que a Teoria do Apego considera como problema especial, a variedade de situações que despertam o medo em criança até 5 anos de idade distribui-se em quatro tipos principais:

- 1) ruídos e situações associadas a ruídos; súbita alteração da iluminação e inesperado movimento; objeto que se aproxima; altura. Afeta crianças de 1, 2 e 3 anos de idade.
- 2) pessoas estranhas e pessoas conhecidas disfarçadas; objetos e locais estranhos; afeta crianças de 9 a 12 meses de idade e com o passar do tempo vai diminuindo.
- 3) animais; todas as idades e alta incidência de medo.
- 4) escuro; ficar sozinho; aumenta com a idade.

O comportamento de apego e o desenvolvimento do apego:

O apego a uma figura materna se torna regularmente mais organizado após os 6 meses de idade e o mesmo acontece com o afastamento diante de situações eliciadoras de medo, o que tem também relação com o desenvolvimento cognitivo da criança aos 12 meses.

Ao longo da vida, não só as situações imediatas despertam o comportamento de medo, mas também as situações futuras que são previstas. Tal medo está associado a contingências futuras, sendo que muitas situações temidas pelos seres humanos têm essa natureza e se manifestam amplamente no trabalho clínico.

As situações-estímulo eliciadoras de medo, como as citadas anteriormente, não são intrinsecamente perigosas, mas sim, indicadores potenciais de perigo, ou melhor, de um risco maior de perigo e indicam também moderada acuidade.

A experiência de dor física é um indício natural de perigo potencial, porém, ao contrário dos indícios distais (olhos, ouvidos, nariz como receptores que percebem o perigo), ela é considerada a “última trincheira” e tem como característica peculiar a atuação tardia,

obrigando a uma ação imediata e urgente. Outra característica também muito importante, é que a dor promove aprendizado, pois uma vez que se tenha a experiência de dor em uma determinada situação, esta deverá ser evitada futuramente. Há, porém, perigos que não têm indícios naturais.

O perigo potencial de estar só:

Ficar sozinho é o indício natural de aumentado risco de perigo, uma vez que, segundo a Teoria do Apego, no ambiente de adaptabilidade evolutiva do homem, a função do comportamento de apego que promove a proximidade a figuras de apego, é a proteção contra predadores e por isso experimentamos uma grande angústia quando sozinhos. Há, portanto, sistemas comportamentais mediadores do comportamento de medo que tendem a afastar o indivíduo de situações potencialmente perigosas e há os sistemas que mediam o comportamento de apego que tendem a levar o indivíduo para situações potencialmente seguras.

Não só durante a infância, mas também na adolescência e vida adulta, os indícios naturais e seus derivados (indícios culturais aprendidos) continuam presentes como situações-estímulo despertadoras de medo. Porém deve-se destacar o comportamento de medo dos adultos, pois este é despertado por pelo menos 3 fontes:

- indícios naturais e seus derivados;
- indícios naturais aprendidos por observação;
- indícios que são aprendidos e utilizados de maneiras mais ou menos sofisticadas com o objetivo de avaliar o perigo e evitá-lo.

Estes tipos de indícios são absolutamente adequados ao desenvolvimento normal e a saúde mental do indivíduo. Geralmente ocorrem respostas aos 3 tipos de indícios, que podem ocorrer ao mesmo tempo, seqüencialmente, sendo compatíveis ou não.

Como foi colocado anteriormente, a questão do que é perigo real é muito individual e multideterminada, pois o que é avaliado como perigo para um indivíduo, não necessariamente é para outro e está ligado não só com a avaliação do que pode causar dano, como também com a capacidade individual de proteger-se e aos outros que nos rodeiam. A variável é, portanto, a capacidade de compreender as situações, e não a realidade propriamente dita.

Avaliar um perigo é, sob outro prisma, fazer o prognóstico. O medo deste prognóstico ou avaliação, pode ser “imaginário” pois a situação vista como perigosa pode ser dada como remota para os adultos de uma sociedade. Este medo imaginário pode surgir por meio de mal-entendido ou por meio de generalizações feitas com amostras muito pequenas. Por

exemplo, se uma mãe teve a experiência de um aborto, por que não temer um segundo aborto?

Para entendermos o sentido do medo demonstrado por um indivíduo, é necessário conhecer a fonte de seus prognósticos ou avaliações inadequadas de uma determinada situação. Em termos profiláticos, se conhecermos a fonte enquanto profissionais, podemos ajudar o indivíduo a modificar sua avaliação à respeito de determinada situação.

Existem medos relacionados a prognósticos acerca de nossos próprios atos, como por exemplo: algum desejo hostil em relação às outras pessoas, ou processos de projeção e de racionalização.

Geralmente os prognósticos que fazemos de nossas relações pessoais têm caráter individual, pois são ligados à experiência passada e às informações atuais.

Os indícios definidos como culturais estão relacionados com a aprendizagem por meio da observação que ocorre desde a mais tenra infância, por volta de 2 anos.

As dúvidas quanto à identificação de situações-estímulo que provocam medo, é comum em crianças ou adultos emocionalmente perturbados. Para entendermos quando ocorre um erro de avaliação de perigo à uma determinada situação-estímulo, devemos procurar entendê-la por meio da relação dos indícios naturais com o perigo e a segurança, principalmente em nossa cultura ocidental, onde só se espera que o homem tenha medo de perigos “reais” e tende-se atribuir o medo a algo diferente do indício natural e, portanto, racionalizá-lo.

Sabe-se que os indivíduos apresentam sensibilidades variadas para reagir com medo em determinadas situações e isto se dá em função de algumas variáveis e uma delas, a mais importante para o trabalho aqui proposto, é a relação entre o indivíduo e sua(s) figura(s) de apego.

Um dos processos importantes que diminuem a suscetibilidade ao medo é a confiança crescente na acessibilidade da(s) figura(s) de apego. Há também outros processos, como a habituação; a aprendizagem observacional que conduz à extinção vicariante (que tem a função de substituir a ausência do outro); e a aprendizagem observacional associada à participação com ajuda (há um modelo que demonstra por meio da ação que a situação temida não envolve perigo e então incentiva o indivíduo a enfrentar por si mesmo a situação).

Por outro lado, existem 2 tipos de experiências e processos que aumentam a suscetibilidade ao medo:

- experiências que em determinadas situações, levaram a pessoa a mostrar-se especialmente propensa a evitar aquelas situações ou a afastar-se delas;
- experiências que levaram a pessoa, em determinadas situações, a não ter certezas acerca da acessibilidade da figura(s) de apego.

O primeiro tipo de experiência alarmante, em geral leva a uma crescente suscetibilidade para responder com medo apenas naquela situação específica. Já o segundo tipo resulta em crescente suscetibilidade para responder com medo em uma ampla gama de situações, o que torna o indivíduo um paciente ao qual se alude afirmando que sofre de “angústia flutuante”.

De modo geral, ao longo da vida, os companheiros que merecem confiança são as figuras de apego e nossa suscetibilidade ao medo vai depender em grande parte, da presença ou ausência dessas figuras de apego.

Das situações despertadoras que somos capazes de antecipar, a mais amedrontadora por toda nossa vida é a experiência da inacessibilidade da figura de apego em momentos que esta faz-se necessária. Esta, para uma pessoa amedrontada não basta apenas estar presente, mas sim, com rápida acessibilidade, provendo proteção e conforto. Portanto, quando esta figura de apego encontra-se disponível, o indivíduo que nela confia está menos sujeito à medo intenso ou crônico. Esta confiança se constrói principalmente nos períodos suscetíveis, de forma latente, na lactância, infância e adolescência. As expectativas em relação à acessibilidade e receptividade de figuras de apego, desenvolvidas neste período pela experiência real, tendem a se manter ao longo da vida e com relação à outras figuras de apego.

A partir destas experiências os indivíduos vão construindo modelos funcionais ou de representação de si mesmo e do mundo em que vive, e é a partir destes modelos que o indivíduo percebe os eventos, situa o futuro e planeja objetivos. Pode-se entender, portanto, a fundamental importância que as figuras de apego apresentam na construção destes modelos e que é a partir da relação estabelecida com elas que o indivíduo irá construir o modelo de representação de si mesmo e em relação ao mundo. É também, da estrutura desenvolvida a partir destes modelos que irá depender o sentimento de confiança em relação aos outros indivíduos ao longo da vida.

Este padrão de comportamento de apego parece ter relação direta com a suscetibilidade ao medo diante das situações que são potencialmente despertadoras deste sentimento.

Outra conclusão fundamental para a posição teórica aqui adotada, está em perceber a personalidade adulta como produto de interações entre o indivíduo e certas figuras principais de apego que ocorrem em todos os períodos de imaturidade, principalmente as interações com as figuras de apego, e portanto, as experiências reais vividas com tais figuras e em determinados períodos dão um prognóstico da relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo, de suas expectativas de acessibilidade e receptividade, segurança e conforto em relação à outras pessoas significativas.

O apego com angústia:

Não é apenas a experiência real que determina o comportamento do indivíduo, mas também variáveis de outros tipos influenciam-no, como por exemplo: ameaças de abandonar a criança, feitas com o objetivo de discipliná-la, e a percepção infantil acerca das brigas dos pais que pode levar a um deles a afastar-se.

Há dois tipos de condições que favorecem o apego com angústia: crianças criadas sem a presença de uma figura materna permanente; e crianças após um período de separação ou de cuidados de terceiros. Por exemplo, uma breve permanência em hospital, ou período em que a criança permanece em casa sob cuidado de estranhos, ou quando a criança é entregue diariamente aos cuidados de terceiros.

De modo geral, o apego com angústia desenvolve-se porque as experiências levaram-na a construir um modelo de figura de apego que apresenta-se inatingível e/ou não-receptivo quando a criança o procura.

Por outro lado, quanto mais estável e previsível as condições que a criança está submetida, mais seguro tende a ser o seu apego e quanto mais descontinuo e imprevisível, mais angustiado seu apego, ou então, torna-se mais ou menos desapegada; não confia nos outros e nem se importa com estes, é agressiva, desobediente.

Portanto, no que se refere a prática clínica com crianças em especial, ou com adultos que exibem o comportamento de apego com angústia, uma vez reconhecido que a condição é de angústia relativa ao acesso e à receptividade de figuras de apego, e que esta condição se manifesta como resultado de experiência real amarga, têm-se boa perspectiva tanto para ajudar os que tornaram-se adultos inseguros, como também para evitar que o mesmo aconteça com outros, assim como é proposto neste trabalho por meio da intervenção psicoprofilática com os casais em processo de adoção.

Seja em situações de separações temporárias ou de separações definitivas, a raiva e a conduta agressiva são reações comuns. Em situações de perda, a pessoa enlutada não acredita que a perda possa ser permanente, e neste sentido, continua agindo em busca de recuperar a pessoa perdida e, em geral, a raiva liga-se à esta intensa esperança. Portanto, a raiva funciona no sentido de promover, e não romper a ligação com a pessoa perdida ou que se separou temporariamente. Se esta raiva foi extremamente intensificada, torna-se disfuncional e isto geralmente acontece em crianças e adolescentes que sofreram repetidas separações e são expostos à constantes ameaças de abandono.

Um período de separação ou ameaças de separação e outros tipos de rejeição, provocam, segundo a Teoria do Apego, seja na criança ou no adulto, comportamento

caracterizado pela angústia e pela raiva e ambos dirigidos para a figura de apego. O apego com angústia busca manter a acessibilidade desta figura e a raiva é a forma de repreender esta figura pelo que aconteceu.

Para concluir, pela prática clínica, assim como pela revisão da literatura realizada, podemos constatar que os indivíduos angustiados e medrosos, têm na sua maioria, uma experiência familiar marcada por incerteza do apoio dos pais e também viveram sobre pressões encobertas e perturbadoras. Por outro lado, os indivíduos relativamente estáveis e autoconfiantes apresentam como experiência familiar, o apoio infalível dos pais quando recorre a eles, sendo que estes transmitem modelos funcionais de si próprios, da criança e de outros, de forma válida, franca e aberta ao questionamento e mudança.

Os padrões de interação formados a partir destes modelos transmitem-se, mais ou menos fielmente de geração para geração, uma vez que as crianças tendem a identificar-se com os pais e adotar seu comportamento como modelo para criar seus filhos, repetindo assim, os padrões que viveram na infância.

Perdas na Vida Adulta:

Neste trabalho definiu-se vínculo afetivo, segundo Ainsworth (1991), como um laço relativamente duradouro com um outro indivíduo que é considerado muito importante, único, insubstituível, do qual é necessário manter-se próximo, ou ligado, mesmo que distante fisicamente. Considera-se que vinculação e apego podem ser considerados sinônimos, com a única diferença, que o apego é um vínculo afetivo que tem como objetivo conquistar uma experiência de conforto e segurança com aquele ao qual nos apegamos. Tendo esta base segura, o indivíduo se torna capaz de interagir (no sentido de “inter-agir”), com qualquer pessoa ou situação, seja ela positiva (segura) ou negativa (insegura, ambivalente, esquiva). Já um indivíduo vulnerável e inseguro terá muito mais dificuldade para lidar com situações inusitadas e ameaçadoras.

Segundo Bromberg (1994), a qualidade do vínculo estabelecido primariamente determinará os vínculos futuros e os recursos disponíveis para enfrentamento e elaboração de rompimentos e perdas. Por exemplo, um vínculo ansioso segundo a Teoria do Apego, é causado por uma série de separações e como provocador de relações de dependência. Já um vínculo seguro permite o desenvolvimento de autoconfiança e de auto-estima. Portanto, quando um vínculo é rompido, os recursos de que o indivíduo dispõe para elaborar o luto devem ser buscados na qualidade de vínculo anteriormente existente.

Segundo Bowlby (1993), as observações sobre como as pessoas reagem à perda de um parente próximo mostram que num período de semanas e/ou meses suas reações

geralmente atravessam fases sucessivas, sendo que estas não são bem delineadas e se sobrepõe durante algum tempo.

Embora, segundo Bromberg (idem), a intensidade do pesar ao viver uma experiência de perda varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo (devido ao contexto, história pregressa, grau de vulnerabilidade, padrão de apego e grau de vinculação com aquela pessoa que se perdeu), e também que a duração de cada fase também varia, existe um padrão geral básico.

De modo geral, o processo de luto pela perda de um vínculo afetivo significativo, isto é, de uma figura de apego, pode dividir-se em 4 fases principais a saber :

1- Fase de torpor ou aturdimento, que geralmente dura entre algumas horas até uma semana, que podem ser mescladas por acessos de raiva ou consternação.

2- Fase de anseio ou protesto, que implica emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física, o enlutado fica a procura da pessoa perdida.

Nas pessoas enlutadas cujo luto tem um curso sadio, a necessidade de buscar e recuperar a pessoa perdida, muitas vezes intensa nas primeiras semanas e meses, diminui gradualmente com o tempo, e a maneira como é experimentada, varia muito de pessoa para pessoa.

Enquanto algumas pessoas enlutadas têm consciência de sua necessidade de buscar, outras não. Enquanto algumas aceitam essas necessidade, outras procuram sufocá-la como irracional e absurda. Mas, de modo geral, as pessoas enlutadas se sentem impelidas para a busca e, se possível, para a recuperação da pessoa que se foi.

Bowlby (1993) observou que muitos dos aspectos característicos das formas patológicas de luto podem ser resultado da persistência ativa dessa necessidade, que tende a expressar-se de várias maneiras disfarçadas e distorcidas. Afirma ainda, que há indícios de que a raiva varia de acordo com o sexo da pessoa enlutada e também com a fase de vida em que a morte ocorre. Ressalta ainda, que a raiva é habitual e útil quando a separação é apenas temporária, contribuindo para superar obstáculos à reunião com a pessoa perdida, e depois de realizada a reunião, a expressão de censura dirigida a quem parece ser o responsável pela separação, torna menos provável que esta volte a ocorrer. Apenas quando a separação é permanente a raiva e a censura são deslocadas.

A raiva é vista pela Teoria do Apego, como um componente inteligível do esforço premente, mas infrutífero, realizado pela pessoa enlutada para restabelecer o elo que foi rompido. As explosões de raiva são bastante comuns logo após uma perda, especialmente as perdas súbitas e/ou consideradas precoces, e não encerram nenhum prognóstico

adverso, porém, se a raiva e o ressentimento persistirem além das primeiras semanas, há razões para preocupação.

3- Fase do desespero: em geral, após um ano, o enlutado reconhece a imutabilidade da perda, o que torna esta fase ainda mais difícil, pois implica desmotivação pela vida, apatia e depressão. É um processo lento e doloroso, que leva a um isolamento social, bem como à alguns distúrbios psicossomáticos;

4- Fase de recuperação e restituição: A depressão e a desesperança vão lentamente e progressivamente se misturando com sentimentos mais positivos, a adaptação às mudanças vai sendo mais tolerada e vai se tornando possível o investimento afetivo em novas situações e figuras de apego. É natural que ocorram “recaídas” em termos de sintoma e depressão, principalmente em datas comemorativas e que lembram aquilo que se perdeu (reações de aniversário).

Os atos de luto atenuam a separação e permitem ao enlutado, durante algum tempo, atribuir à pessoa morta um lugar tão central em sua vida quanto o que ocupava quando era viva, ao mesmo tempo em que ressaltam a morte como um acontecimento crucial, cujas implicações devem ser reconhecidas. Por outro lado, esses costumes marcam as etapas de reintegração. Por meio deste processo, o indivíduo enlutado pode reconhecer que seus antigos padrões de comportamento tornaram-se redundantes e têm, portanto, de ser modificados face à nova realidade.

É necessário superar velhos padrões de pensamento, sentimento e ação antes de poder modelar outros novos, e é quase inevitável que a pessoa enlutada se sinta, em certos momentos, desesperada pelo fato de que nada pode ser salvo, e conseqüentemente tornar-se deprimida e apática. Este processo implica numa redefinição de si mesmo: de sua situação, função, papel social, às vezes status, e do enquadramento familiar. Até que esta redefinição aconteça, não é possível fazer planos para o futuro. Isto não é apenas um processo emocional, mas também cognitivo, uma vez que implica num processo de remodelação de modelos representacionais interiores, de modo a adaptá-los às mudanças ocorridas na vida do enlutado.

Uma forma de desenvolvimento desfavorável do processo de luto ocorre quando a pessoa enlutada sente uma compulsão constante de imitar a pessoa perdida ou, quando apresenta o constante sentimento que a pessoa enlutada experimenta de “ter dentro de si” a pessoa perdida, dando origem a um estado de exaltação, ou leva o enlutado a apresentar sintomas idênticos aos apresentados na enfermidade final do morto, ou ainda, quando o indivíduo enlutado, ao invés de sentir a pessoa morta como companheira e/ou como situada

num lugar adequado, como por exemplo; o túmulo, localiza-a dentro de outra pessoa, ou mesmo dentro de um animal ou objeto físico.

Essas “localizações impróprias” (Bowlby, 1993, p. 102) se persistirem podem levar facilmente a um comportamento que pode ser tanto prejudicial para o enlutado, como também para a outra pessoa, como, por exemplo, considerar uma criança com a encarnação do morto, e tratá-la dessa maneira, é provocar nela, provavelmente complicações graves.

PARTE III: A LITERATURA SOBRE LUTO COMPLICADO

Tanto Bowlby (1993) quanto Parkes (1991), definem o luto complicado como uma reação que foge deste processo descrito anteriormente, não só no que se refere à sintomatologia, mas também ao processo e sua duração.

Segundo Parkes (1991) a definição mais coerente para reações anormais de luto, após realizar um estudo sistemático comparativo com a sintomatologia de pacientes psiquiátricos, é:

- luto crônico caracterizado por prolongamento indefinido do luto, com sintomas de ansiedade, tensão, inquietação e insônia e também de identificação com o morto.
- luto adiado;
- luto inibido; sintomas de luto normal ausentes (semelhante ao luto adiado, variando apenas o grau de defesa psíquica).

Há situações que se tornam fatores de risco para o desenvolvimento do luto complicado:

- perda inesperada, envolvendo morte repentina ou prematura;
- perda de uma pessoa com a qual havia se estabelecido antes da perda, uma relação ambivalente ou marcada por distorções e discussões;
- relações de alta dependência, em geral, desencadeadoras de luto crônico.

Outros fatores de risco podem ser definidos (Parkes e Weiss 1983, apud Bromberg 1994):

- predisposição do enlutado: idade, baixa auto-estima, dificuldade de relacionamento com os pais, muitas perdas anteriores;
- o relacionamento com o objeto perdido: por exemplo, a perda de filhos com idade até cinco anos.
- tipo de morte ou perda: inesperada e prematura, após doença muito longa, desconhecimento do diagnóstico e do prognóstico por parte do enlutado, distanciamento físico por ocasião da morte, suicídio e assassinato.
- suporte social.

As variantes de luto perturbado promovem muitos tipos de doenças físicas, bem como psicológicas, resultando na redução parcialmente grave da capacidade do enlutado de manter relações amorosas ou, se já está reduzida, podendo prejudicá-la ainda mais, afetando também a capacidade de organizar o resto de sua vida. Existem duas variantes com distúrbios, segundo Bowlby (1993):

- reações emocionais à perda são geralmente intensas e prolongadas, em geral, casos com raiva ou auto-acusação dominantes e persistentes, com ausência de pesar. A pessoa enlutada é incapaz de planejar novamente a vida, que fica triste e desorganizada. A depressão é um sintoma importante, muitas vezes associada ou alternada com ansiedade, agorafobia, hipocondria ou alcoolismo. Esta variante é geralmente denominada de “luto crônico”.

- ausência mais ou menos prolongada de pesar consciente e a vida da pessoa enlutada continua a ser organizada quase como antes. Ela está sujeita a ser acometida por várias doenças psicológicas ou fisiológicas, de forma súbita pode ficar deprimida.

Alguns pontos em comum entre as duas variantes:

- persiste a crença, consciente ou inconsciente, de que a perda ainda é reversível;
- a necessidade de busca de pessoa perdida pode continuar, seja de forma constante ou episódica;
- a raiva e auto-acusação podem ser facilmente despertadas;
- o pesar e a tristeza podem estar ausentes;
- a vida é planejada numa base falsa ou está desorganizada, sem condições de haver planejamento.

Em termos das quatro fases do luto, a ausência de pesar consciente pode ser considerada como extensão, patologicamente prolongada da fase de torpor, enquanto que o luto crônico pode ser uma versão ampliada e deformada das fases de anseio e busca, desorganização e desespero.

Há ainda uma terceira variante, menos comum, a euforia. Em alguns indivíduos pode tornar-se um episódio maníaco.

Algumas reações a perda indicadoras de luto perturbado:

- mumificação: quando as pessoas enlutadas conservam suas casas exatamente como era antes da morte da pessoa, mantêm os hábitos que tinham em relação à pessoa morta quando esta ainda era viva, ou em casos mais graves, guardam o corpo do morto em casa;
- suicídio: as idéias de suicídio, concebidas especialmente como meio de unir-se à pessoa morta, são comuns nos primeiros meses de luto. Porém, tentativas mais sérias e suicídios levados a termo são menos comuns.
- cuidados compulsivos com outros indivíduos chegando a atos de possessividade extrema em relação à este;
- se desfazer de todas as lembranças da pessoa perdida;
- localização inadequada da presença da pessoa perdida: as localizações errôneas, quando ocorrem parecem estar sempre associadas ao luto incompleto, com muita frequência, são parte do luto crônico. Considerar alguma pessoa nova como substituta, sob

certos aspectos, de alguém que foi perdido, é comum, e não provoca problemas graves, a não ser comparações indevidas. Atribuir a outra pessoa a identidade pessoal completa da pessoa perdida, porém, é uma questão muito diferente, promovendo inevitáveis deformações na relação, principalmente quando se trata de uma criança. A nova identidade atribuída à criança pelo pai ou pela mãe enlutados pode não apenas ser a de um irmão morto, como também de um dos avós ou do pai ou mãe morto.

Resultados Complicados da Perda : Sintomas e Síndromes

Rando (1993) propõe, uma revisão dos conceitos, características, sintomas e síndromes em relação ao desenvolvimento de uma forma de luto não saudável, que de luto patológico passou a ser denominado “luto complicado”. Neste sentido, irei expor algumas colocações fundamentais para o trabalho realizado com os casais enlutados, no sentido de definir a condição de enlutamento de cada um dos sujeitos desta pesquisa e assim, a partir deste diagnóstico, caracterizarmos a atuação psicoterápica.

Segundo a autora, a definição de “luto complicado” está relacionada com o tempo desde a morte e se há algum comprometimento, distorção ou fracasso de um ou mais dos seis “R” processos de luto descritos na tabela 1:

Tabela 1: Os processos “R” de luto:

FASE DE EVITAÇÃO	
	1. <u>Reconhecimento</u> da perda
	- conhecimento e compreensão sobre a morte.
FASE DE CONFRONTAÇÃO	
	2. <u>Reação</u> à separação
	- vivenciando a dor
	- sentindo, identificando, aceitando e dando alguma forma de expressão a todas as reações psicológicas de perda.
	- identificação e enlutando-se por perdas secundárias
	3. <u>Recordações</u> e revivendo o morto e o relacionamento
	- revisão e lembrança realística
	- revivendo e revivendo os sentimentos
	4. abandonar (do inglês “ <u>Relinquish</u> ”) os apegos antigos ao finado e o velho mundo assumido.
FASE DE ACOMODAÇÃO	
	5. <u>Reajuste</u> para adaptar-se a um mundo novo sem esquecer o velho.
	- revisar o mundo antigo
	- desenvolver um novo relacionado com o finado
	- adotar novos modos de estar no mundo
	- formar uma nova identidade
	6. <u>Reinvestir</u>

Segundo, Rando (1993), todas estas etapas devem ser completadas com sucesso para evitar a designação de luto complicado.

Em todas as formas de luto complicado, o enlutado tem duas reações: raiva, repressão ou evitação dos aspectos do luto e isto doe; apega-se e evita o abandono do objeto de amor perdido;

Estas tentativas ou alguma variação destas, são o quê sugerem ou causam complicações nos processos “**R**” do enlutamento. Portanto, não é apenas o tempo após a morte que determina o luto complicado, mas sua associação com a não resolução de um dos seis processos citados acima.

Um perda pode levar a cinco específicas saídas:

1. Luto não complicado;
2. Sintomas de luto complicado;
3. Uma específica síndrome de luto complicado;
4. Uma desordem mental ou física diagnosticada;
5. Morte.

As quatro últimas saídas são as quatro formas que o luto complicado pode tomar.

As saídas b, c , d podem ser permanentes ou temporárias, e elas podem intermediar ou seguir uma outra em alguma sequência e sem limite (tabela 2).

Tabela 2: Soluções encontradas numa situação de perda:

PERDA

LUTO NÃO COMPLICADO		
		- PSICOLÓGICOS
	LUTO COMPLICADO	• SINTOMAS
		- COMPORTAMENTAIS
		- SOCIAIS
		- FÍSICOS
		- LUTO INIBIDO
		- LUTO ADIADO
	• SÍNDROMES	- LUTO INEXISTENTE
		- LUTO DISTORCIDO
		- LUTO AMBIVALENTE
		- LUTO NÃO-ANTECIPADO
		- LUTO CRÔNICO
	• DESORDEM MENTAL OU FÍSICA DIAGNOSTICADA	
	• MORTE	

A gênese típica de um luto complicado está relacionado aos fatores de risco conhecidos que o predispõe: avanços tecnológicos e socioculturais; tipo de morte: precoce, inesperada, associada com circunstâncias traumáticas; morte de um filho; quando a morte do ente querido impediu a morte do enlutado; antecedentes e fatores subsequentes associados com o luto individual, por exemplo: relação com o morto e falta de suporte social.

Existem, segundo a autora, alguns indicadores clínicos de luto complicado:

1. um padrão de vulnerabilidade para, sensibilidade em relação a, ou super-reação à experiências envolvendo perda e separação;
2. comportamento agitado, como se a ausência de movimento pudesse permitir vir a tona a ansiedade reprimida ou o material reprimido em relação à experiência de perda;
3. esporadicamente surgem intensas ansiedades de morte focadas em si mesmo ou em pessoas amadas;
4. excessiva e persistente super-idealização do morto e/ou recordações positivas irreais do relacionamento;
5. comportamento rígido, compulsivo, ou ritualístico para violar o bem-estar e a liberdade do enlutado;
6. pensamentos obsessivos persistentes e preocupação com o morto e elementos da perda.
7. inabilidade para viver as várias reações emocionais à perda tipicamente encontrada em enlutados,
8. inabilidade para articular qualquer capacidade que o enlutado tem, comprometidos pelos sentimentos ou pensamentos sobre o morto e a perda,
9. relacionamentos com os outros marcado por medo de intimidade e outros índices de evitação originando-se primariamente do medo de perdas futuras;
10. um padrão de relacionamentos auto-destrutivos, incluindo tentativas de reposição do objeto de amor perdido;
11. um padrão de comportamentos auto-destrutivos, incluindo uso de substâncias psicoativas, dependência ou abuso de drogas;
12. experiência crônica de confusão, alienação, despersonalização, ou outros sentimentos e ocorrências que isolam o enlutado de si mesmo e dos outros.
13. raiva crônica ou alguma variação desta, ou combinação de raiva e depressão e reações como irritabilidade, beligerância e intolerância;

Porém, Rando (1993) coloca que existem sintomas mal interpretados como

constituindo luto complicado. Alguns sintomas seguidos da morte de uma pessoa amada são, frequentemente confundidos como indícios de luto complicado.

É claro, que devemos considerar a particular constelação de fatores envolvidos em cada caso individual. Estes devem ser considerados para determinar a importância de algum sintoma específico, e qualquer sintoma tem potencial para progredir para uma extensão não saudável do luto. Entretanto, a mera presença de sintomas notados na lista que se segue, tem sido usada para indicar patologia, tradicionalmente, e frequentemente de forma errada:

- a) vivenciar a ressurreição do falecido, sentimentos e conflitos não resolvidos de perdas passadas que o indivíduo não acomodou ou acomoda com sucesso;
- b) vivenciar outros sentimentos além da tristeza, como raiva e culpa e reagir à perda de outras formas psicológicas, comportamentais, sociais e físicas;
- c) sentimentos de que parte do enlutado morreu junto com o ente querido;
- d) sentimento de pesar por continuar vivo;
- e) viver a continuação do relacionamento com a pessoa que faleceu;
- f) manter partes das circunstâncias intactas de modo a estimular a memória do morto.
- g) tomar atitudes para que os outros não esqueçam o morto;
- h) sentir-se vulnerável à sua própria morte e de outras pessoas queridas;
- i) sentir certo grau de relutância para mudar as coisas ou a si mesmo, pois implica em despedir-se da parte ainda vinculada ao morto;
- j) vivenciar alguns aspectos de luto que continuam por muitos anos, se não for para sempre e/ou um curso de luto que não diminui com o tempo;
- l) ressentimento porque os outros continuam suas vidas após a morte da pessoa querida, ou mesmo, porque não estão enlutados;
- m) vivenciar temporariamente períodos de luto agudo e duradouro após a morte.

Síndromes de Luto Complicado:

A autora (Rando, 1993) utiliza a definição do DSM - III - R para definir o conceito de *síndrome*, caracterizando-o então, “como um grupo de sintomas que ocorrem juntos e que constituem uma condição reconhecível” (p.154).

Segue-se então, as síndromes que podem desenvolver-se como forma de luto complicado:

LUTO INEXISTENTE: É considerado pela autora uma das mais mal-entendidas de todas as síndromes de luto complicado. Refere-se à completa ausência de manifestações de luto e por isso assemelha-se com a síndrome do luto inibido. É bastante rara, porque ocorre

apenas sob duas circunstâncias: quando o enlutado mantém completa rejeição em relação à situação da morte ou que mantenha-se em total estado de choque.

Difere-se da supressão voluntária dos sinais visíveis do luto, como ocorre no luto inibido e também de situações onde não existe o investimento emocional no morto.

O enlutado que sofre de luto inibido exibe uma poderosa habilidade de bloquear a realidade externa. A psicose pré-morbida ou a tendência a tornar-se psicótico pode facilitar esta habilidade, embora não seja pré-requisito.

O tratamento desta síndrome, sugerido por Rando (idem) implica em:

- a) antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica, o cuidador deve diferenciar o luto inexistente do luto adiado, do início do luto ambivalente, do luto severamente inibido e da falta de expressão que torna insuficiente a reação ao luto.
- b) se o luto inexistente é constatado, o cuidador deverá focar sua intervenção tentando quebrar o estado de choque e/ou tentar reverter a rejeição em relação à morte.

LUTO ADIADO: É uma síndrome que possui um processo variável, pois pode ocorrer por algumas razões conscientes e inconscientes mencionadas abaixo:

- a) pela necessidade do enlutado de priorizar outras responsabilidades que o pressionam. Estas responsabilidades podem estar relacionadas a si mesmo (ex: sua própria necessidade de sobreviver após um ferimento) ou os outros (sua necessidade de dar-lhe conforto);
- b) o enlutado conscientemente avalia que não pode atualmente lidar com o processo de luto e então, adia até a hora que ele pensa que poderá (ex: a perda ocorre quando o enlutado está sofrendo de estresse por sobrecarga);
- c) o enlutado, racionalmente, não aceita o fato que a morte ocorre por falta de confirmação (ex: não há o corpo ou o enlutado não o viu). É diferente de vivenciar o choque e não acreditar no que está vendo.
- d) o enlutado quer evitar a dor e o sofrimento do luto que a perda e o seu reconhecimento implicam;
- e) o enlutado tem sentimento relatados ao processo de luto;
- f) falta suporte social para a expressão do luto;
- g) o enlutado sustenta múltiplos enlutamentos simultaneamente e não pode diferenciar perdas individuais ou discriminar onde começa o luto (ex: três pessoas da família morrem num acidente);

O luto adiado pode ser diagnosticado somente sob duas condições: pela retrospectiva da conduta e vivência do enlutado; ou quando é evidente que o enlutado está conscientemente escolhendo defender-se do processo de luto por necessidade que foram

citadas acima. Se não é consciente, se é evitação, sentimental ou neurótica, encaixa-se em outras síndromes.

Quanto ao tratamento, a autora (idem) afirma que por ser um processo variável, não existe específicas intervenções para tal síndrome, porém dá algumas sugestões:

- a) trabalhar com o enlutado as razões para adiar o luto. Se as razões são inapropriadas, o cuidados deverá confrontá-las;
- b) o cuidador deverá assegurar-se que durante o período de adiamento, o enlutado comprometeu-se com tarefas e decisões necessárias;
- c) o mesmo deverá dar suporte ao enlutado para que este dê fim ao adiamento e começar o luto quando for apropriado;

LUTO INIBIDO: Na maioria dos casos, a inibição não é completa, e apenas certos aspectos da perda serão vividos no processo de luto.

Para Rando (1993) podem ocorrer somatizações, com numerosas queixas físicas sendo manifestadas ao invés de afetos inibidos do luto, e são, portanto, reações mascaradas de luto. Estas reações causam um luto difícil, mas os enlutados tipicamente não percebem ou reconhecem elas, como relacionadas a perda.

O luto inibido pode aparecer também em outras formas de luto complicado.

Alguns fatores podem conscientemente ou inconscientemente estar envolvidos no luto inibido, como por exemplo:

- a) o sentimento de intenso afeto do enlutado;
- b) o estilo de personalidade que encoraja a inibição da emoção ou alguma resposta considerada negativa, ambivalente ou desagradável;
- c) condicionamento prévio psicossocial;
- d) a tendência de somatizar emoções e conflitos;
- e) formação ambiental, sociocultural, étnica ou religiosa / filosófica que proíbe ou restringe as expressões de luto;
- f) uma indisponibilidade ou incapacidade para abandonar o relacionamento perdido;
- g) alguns desses três tipos de morte:
 - a qual o enlutado esteja desconfortável em admitir (ex: suicídio);
 - uma que pode ser socialmente negada ou não-reconhecida, e por isso o enlutado recebe mensagens que o luto é desnecessário (ex: parto de natimorto);
 - e uma morte avaliada socialmente como um “pequeno luto” (ex: morte de uma pessoa com bastante idade);
- h) uma morte que resulta num enlutado sem reconhecimento civil e social, o que proporciona-lhe o acréscimo de complicações no luto.

Como formas de tratamento, a autora (Rando, 1993) identifica alguns fatores importantes no cuidado ao enlutado:

- a) explorar as razões porque o enlutado não pode aceitar a morte ou permitir-se o luto e lidar com sentimentos de intenso afeto;
- b) trabalhar as defesas no sentido de renovar as obstruções para um luto não complicado;
- c) contrapor-se ou neutralizar a tendência a inibir certos aspectos de luto;
- d) explorar com o enlutado, o porquê de sua indisponibilidade para abandonar o relacionamento perdido e trabalhar, por meio das razões que formam os obstáculos para um luto saudável;
- e) transmitir ao enlutado reconhecimentos específicos a respeito de sua própria dor, defesas, relutância ao luto, e desejo de evitar a dor da perda;
- f) ajudar o indivíduo a lidar com seus sentimentos que o luto irá dominar dando suporte e por meio da via do relacionamento terapêutico, bem como estruturando e dosando a situação na medida em que ele é capaz de confrontar;
- g) legitimar a perda quando ela não foi reconhecida de forma civil ou social;
- h) se o enlutado aprendeu a não expressar-se, o cuidador deve promover espaço para informações psico-educacionais e normativas sobre expressão saudável de afeto e ambivalência. Deve trabalhar para identificar quais são as formas que fazem sentido e são aceitas pelo indivíduo de expressar seus sentimentos;
- i) se o enlutado tende a somatizar, intervenha para dar suporte às apropriadas expressões de afeto e conflito;
- j) se o enlutado é uma criança ou um idoso, o cuidador deve promover a expressão de luto e enlutamento, reconhecendo a tendência da sociedade para descaracterizar estes dois grupos de enlutados.

LUTO DISTORCIDO: A distorção está sempre envolvida em alguma extensão do luto complicado, porque se esta não existisse, o luto é por definição *não complicado*. Porém, existem dois padrões que se caracterizam como uma síndrome de luto distorcido: extrema raiva e extrema culpa.

A extrema raiva ocorre como resposta às seguintes perdas:

- a morte de alguém pelo qual o enlutado tem uma dependência psicológica;
- quando o morto era muito especial e insubstituível.
- sensação de desamparo pelo morto;
- morte repentina e inesperada de alguém, pelo qual o enlutado sente-se culpado;
- morte violenta;

A extrema culpa ocorre como resposta às seguintes perdas:

- em geral, quando o relacionamento com o morto era ambivalente ou permeado de conflitos;
- morte de um filho;
- sensação de ter tido a chance de evitar a morte;
- tendência por sentimentos de culpa, perfeccionismo, e senso irreal de responsabilidade por eventos que ocorrem aos outros;
- sentimento que o morto poderia ter evitado a morte, mas não o fez.

Para a condução do tratamento desta síndrome, Rando (1993) faz as seguintes considerações:

- para a síndrome do luto distorcido do tipo extremamente raivoso:

a) ajudar o enlutado a identificar precisamente e enlutar-se por todas as perdas secundárias inerentes a perda do relacionamento, incluindo o significado simbólico do morto e do relacionamento com ele;

b) dirigir com o enlutado as seqüelas da perda do relacionamento simbólico para que não fique pleno de raiva e obscurecido por ela;

c) ajudá-lo a descentralizar do morto, a necessidade de dependência;

d) quando a personalidade do enlutado é do tipo que a raiva é predominante e usada para encobrir os sentimentos mais dolorosos e de ansiedade, intervir para acessar estes sentimentos e trabalhar a raiva como uma defesa, assim como uma predisposição. Reconhecer que o objetivo é proporcionar o luto saudável, não transformar o enlutado numa pessoa diferente.

- para a síndrome do luto distorcido do tipo extremamente culpado:

a) buscar entender o caminho / sentido da culpa;

b) assistir o enlutado na identificação e processamento de todas as emoções, pensamentos, impulsos, omissões e incumbências, e outros caminhos de causa da culpa no relacionamento com o morto;

c) rever o relacionamento para identificar e trabalhar a raiva e ambivalência;

d) ficar alerta para sinais de depressão e tendência a autodestruição e comportamentos que podem ser seqüela de culpa, intervindo quando necessário.

LUTO AMBIVALENTE: Este tipo de síndrome surge a partir da perda de relacionamentos altamente problemáticos e ambivalentes. Sua característica é, de modo geral, marcada por uma inicial ausência de luto, seguido de luto intenso, com tristeza, falta de aceitação da

perda, ansiedade, culpa, auto-censura, e contínua compaixão e fixação pelo morto, por meio das quais permanece a necessidade e o senso de conexão à pessoa perdida, marcado por remorso assim como muitos sentimentos misturados que caracterizam um relacionamento pré-mórbido. Clinicamente é semelhante ao luto crônico, e muitas das intervenções utilizadas no luto crônico podem servir para o tratamento desta síndrome. Há também outras considerações colocadas pela autora (Rando, 1993):

- a) promover toda a expressão do luto apontando a ausência, negação ou inibição do luto;
- b) rever o relacionamento para identificar e trabalhar toda a raiva e ambivalência que ainda possa existir;
- c) intervir na culpa pelo relacionamento com conflitos. Usar estratégias no cuidado de um indivíduo com luto distorcido por extrema culpa;
- d) ajudar o enlutado a entender que, apesar da natureza de conflitos do relacionamento, o apego foi, todavia, forte e que a necessidade de enlutar-se não é hipócrita;

LUTO NÃO - ANTECIPADO: Esta síndrome ocorre em determinadas situações citadas a seguir:

- morte precoce e repentina;
- dificuldade de aceitar a morte apesar do reconhecimento intelectual que ela tenha ocorrido;
- a morte continua a ser inexplicável e inacreditável e o enlutado evita confrontar-se com a perda;
- sensação que o morto continua presente;
- persistente choque físico e emocional;
- reconstrução obsessiva dos eventos em retrospectiva;
- realça os eventos ocorridos no momento da morte e sente necessidade de falar sobre eles de forma repetitiva;
- aumento da intensidade das reações emocionais e superposição da sintomatologia pós-traumática.

A autora aponta que existem alguns fatores que funcionam com pré-requisito para o desenvolvimento desta síndrome, são eles:

- a) psicopatologia que existia previamente;
- b) enfraquecimento do ego do enlutado;
- c) falta de compensações na substituição de objetos de amor;
- d) dificuldades de fazer transições psicossociais.

Ainda sobre o luto não-antecipado, Rando (1993) sugere algumas intervenções necessárias no cuidado aos enlutados que apresentarem esta síndrome:

- a) facilitar o reconhecimento da perda e as reações à separação;

b) intervir para possibilitar o abandono dos velhos apegos ao morto e ao contexto, e reajuste ao novo contexto.

LUTO CRÔNICO: É também conhecido como luto prolongado ou protelado. É um luto agudo que persiste interminavelmente. Existe um contínuo choro, tristeza, protesto de raiva, compaixão e busca, revisão do relacionamento, preocupação com o morto, depressão, desorganização, ansiedade, impotência e outras reações típicas das respostas iniciais a perda, como por exemplo:

- parece que perderam o ente querido a poucos dias quando já fazem anos;
- luto crônico como desordem de apego. Quando o enlutado encontrava-se altamente e ansiosamente apegado ao morto, e quando o enlutado requer: a presença do morto, seu suporte emocional ou assistência para funcionar adequadamente. Esta insegurança é o fator determinante do luto crônico;
- conseqüentemente há dificuldades em assumir uma nova identidade após a perda;

Existem alguns indicadores de luto crônico:

- a) um abrupto princípio de intenso e disruptivo luto, seguindo um período de mais de 7 meses em que nenhuma ou poucas respostas são evidenciadas;
- b) distúrbios agudos após a morte, com incomum compaixão intensa e continua, profundo desespero expressado com a perspectiva da morte, raiva persistente e amargura, e/ou culpa e auto-censura;
- c) persiste a raiva e o recentemente após as semanas iniciais, usualmente acompanhados por tensão contínua, resistência e intensa compaixão;
- d) os outros não auxiliam o enlutado após a morte (ex: morte de crianças)

Como estratégias de tratamento, Rando (1993) sugere:

- a) o cuidador deve identificar a identidade e as regras que o enlutado tinha com o ente querido que morreu e o significado do relacionamento;
- b) perceber inabilidade, relutância ou ignorância sobre como proceder no mundo sem o morto;
- c) buscar tratar da dependência, co-dependência e ansiedade que fizeram deste apego algo comprometido;
- d) analisar o sistema de suporte do enlutado e eliminar o reforçamento oferecido até então por este sistema;
- e) ajudá-lo a construir confiança e dar suporte para promover encorajamento, independência e insistência em movimento de avançar . Ajudar a desenvolver objetivos e tomar decisões;
- f) colocar tarefas concretas se necessário.

Tabela 3: Síndromes de Luto Complicado em relação aos seis processos “R” referidos por Rando (1993)

SÍNDROMES	LOCALIZAÇÃO DA INTERFERÊNCIA INICIAL NO PROCESSO “R”
------------------	---

Problemas na expressão:

• luto inexistente _____	reconhecer a perda (1º processo “R”)
• luto adiado _____	reação a separação (2º processo “R”)
• luto inibido _____	reação a separação; recordar e reviver o morto e relacionamento (2º e 3º processos “R”)

Aspectos Firmados:

• luto distorcido _____ (tipo extremamente raivoso) (tipo extremamente culpado)	reação a separação; recordar e reviver o morto e relacionamento (2º e 3º processos “R”)
• luto ambivalente _____	reação a separação; recordar e reviver o morto e relacionamento (2º e 3º processos “R”)
• luto não-antecipado _____	reconhecer a perda (1º processo “R”)

Problemas com fechamento:

• luto crônico _____	abandonar os velhos apegos ao morto e ao antigo contexto e reajustar-se à mudança adaptativa num mundo novo sem esquecer do antigo. (4º e 5º processos “R”)
----------------------	---

O processo específico de enlutamento de pais que perderam um filho:

A perda de um filho pode ser entendida como sendo diferente de qualquer outra perda. Isto, porque o luto dos pais é particularmente severo, complicado, e de longa duração, com maiores e desparelhadas flutuações de sintomas. Um número de fatores inerentes a experiência predispõe os pais a ter dificuldade de manejar seu luto, fazendo com que estes sejam diagnosticados como se tivessem um luto mal resolvido. Isto ocorre, segundo Rando (1986), porque modelos gerais de enlutamento atualmente descrevem como um processo que é especificamente impedido pela dinâmica da perda de um filho. O critério tradicional usado com frequência para identificar e classificar luto complicado são os componentes normais do enlutamento de pais, e não podem ser usados para detectar anormalidades sem este tipo especial de enlutamento. É necessário, portanto, segundo a autora (idem), construir um novo modelo de enlutamento parental que leve em consideração as dificuldades particulares inerentes no enlutamento da perda de um filho. É necessário também um novo critério para identificar enlutamento complicado no luto dos pais.

Perspectiva na Perda de um Filho:

A perda de um filho tem um grande impacto em 4 diferentes dimensões: a dimensão individual; a díade marital; o sistema familiar e a sociedade.

Independente da idade de seus filhos, os pais perdem suas esperanças, sonhos, expectativas, fantasias e desejos para o filho. Eles perdem parte de si mesmos, um ao outro, sua família e seu futuro. Isto é frequentemente esquecido quando se perde um filho por aborto, natimorto, ou ainda na tenra infância, ou mesmo na perda de um filho adulto. Quando um filho morre na infância diz-se aos pais que estes são sortudos por não terem tido muito tempo para se apegarem ao filho ou são lembrados que ainda podem ter outros filhos. A perda de um filho adulto é uma perda tão “anti-natural” (imprevista) como a perda de um filho na idade escolar, porém isto é minimizado socialmente, o que agrava a elaboração do luto, uma vez que o suporte social passa a ter efeito contrário, isto é, passa a pressionar os pais e isolá-los ainda mais socialmente.

É verdade que a idade de um filho vai definir alguns dos resultados específicos que devem ser endereçados ao luto dos pais. Isto, porque o relacionamento entre pais e filho é colorido pelo desenvolvimento particular que prevalece a um dado estágio na vida da criança. Isto não significa que é necessariamente difícil ou fácil a perda de um filho em uma idade ou outra, é meramente um tipo diferente de dor.

1. A dimensão individual:

É uma dimensão individual, pessoal pela qual a morte de um filho é experienciada inicialmente.

Desde o momento do conhecimento da concepção, quando a criança é desejada ou não, existem sentimentos ligados à imagens fantasiadas da criança que virá. Estes sentimentos, tanto negativos como positivos, aumentam em número e intensidade durante a gravidez. Isto, porque o vínculo emocional entre pais e filhos existe antes mesmo do nascimento. Frequentemente mães são mais capazes de formar este vínculo rapidamente, porque elas carregam o bebê e sentem seu desenvolvimento dentro delas. Entretanto, muitos pais começam a perceber a imagem da criança fantasiada por eles desde que recebem a notícia da gravidez. Como o feto se desenvolve dentro da mãe, e as mudanças corporais ocorrem e os movimentos são sentidos, os pais podem participar mais ativamente em seu vínculo com a criança ainda não nascida.

Todos os relacionamentos são multi-determinados, isto é, são fortemente influenciados por um número de fatores conscientes e inconscientes e por conflitos. Nenhum relacionamento tem mais potencial para ser multi-determinado do que o existente entre pais e filhos. Isto, porque a criança origina-se dos pais, e seus sentimentos sobre ela são uma mistura de sentimentos sobre si mesmo, e sobre o significado dado aos outros, bem como sobre a criança que estes pais foram. Estes sentimentos vem do passado e do presente, e estendem-se no futuro.

A criança não é apenas uma extensão biológica dos pais, mas também uma extensão psicológica deles.

Como a criança é um produto do que os pais são, estes frequentemente projetam nela sentimentos sobre si mesmos e sobre os outros. Para eles, a criança pode ser uma delícia narcisista, um prazer legítimo, ou um símbolo das melhores ou piores partes de si mesmo ou dos outros.

Em termos do passado, a criança pode ser uma extensão simbólica de outra pessoa, e a interação no relacionamento entre pais e filho pode representar tentativas de reparar perdas prematuras ou desapontamentos. O filho é um produto de gerações passadas, uma ligação com os ancestrais, um recipiente de uma contribuição para a herança familiar.

No presente, a criança pode significar muitas coisas para os pais. Pode representar esperanças para resolução de um conflito intrapsíquico. Para cada um dos pais, pode significar fantasias conscientes ou inconscientes de que ele irá repor alguém que foi perdido no passado, ou mesmo compensar seus pais por suas infâncias destituídas. A criança pode também servir como prova de que os pais são maduros, sexuais, ou atrativos, ou podem ser um tipo de poder ou uma arma no relacionamento com alguém mais.

Em termos de futuro, crianças representam promessas. Uma nova vida, um bebê representa aspirações, sonhos, fantasias, e “novos começos”. Para a maioria das pessoas, um bebê, ou melhor, qualquer criança é a total antítese da morte. A criança representa concretamente a continuidade dos pais e imortalidade, permitindo que os pais sejam invictos da morte, isto é, seus corpos podem vir a morrer, mas o portador de seus genes permanece, mantendo-os vivos.

Cada criança tem um significado diferente para seus pais. O relacionamento com ela será determinado pela pessoa particular e originalmente distinta que ela é, isto é, sua personalidade, características, habilidades, e regras, somados aos significados, necessidades e esperanças que são colocados sobre ela pelos pais.

Após o nascimento de uma criança, os pais, a família e a sociedade começam a acomodar-se à realidade da presença da criança. A imagem que começou nas mentes dos pais vagamente, agora começa a solidificar-se. A criança passa a ser parte integrante da vida dos pais, uma extensão deles, internalizando seus sentimentos, pensamentos, comportamentos, e atitudes. Esta forte identificação, sob ótimas condições, origina um tipo de empatia na qual, por muito tempo, os pais são capazes de “sentir” o que a criança sente e “entendê-la” de forma que não são necessárias palavras.

Neste sentido, o processo de luto pela perda de um filho envolve, psicologicamente, não apenas lidar com a perda de uma criança específica, mas com a perda de partes de si mesmo, envolvendo o apego parental, o amor pela criança e por si mesmo. Fisicamente, psicologicamente e socialmente, o relacionamento que existe entre os pais e seus filhos pode ser considerado o mais intenso que a vida pode gerar. Obviamente, a vulnerabilidade à perda por meio da morte é mais aguda quando um filho morre. Não somente a morte de um filho é inapropriada no contexto de vida, mas é trágica, e sua natureza inoportuna é uma ameaça básica à função de paternidade, para preservar alguma dimensão de si mesmo, da família e do grupo social.

Pais que perdem filhos são multiplamente vitimizados: não só pela perda real do filho que amam, mas também, pela perda dos sonhos e esperanças que investiram naquele filho e mesmo pela perda da própria auto-estima. Sentem-se roubados e trapaceados.

As reações de pesar no luto dos pais são:

- Dor e Ansiedade;
- Raiva e Culpa;
- Separação e Saudade;
- Depressão;
- Obsessão em querer controlar e entender o que aconteceu;
- Busca de significado para a perda;

- Ataques de pesar (ou espasmo de pesar);
- Identificação;
- Manifestações Sociais de Luto;
- Manifestações Fisiológicas;

2. A díade marital:

O relacionamento do casal é a segunda principal dimensão na qual o morte de um filho é intensamente experienciada. É também a esfera na qual muitas perdas secundárias ocorrem. As características do relacionamento serão obviamente determinadas pelo modo como o luto pela morte de um filho é experienciada pelo casal. O casal frequentemente enfrenta alguns aspectos difíceis, como por exemplo:

- efeitos no relacionamento emocional;
- problemas relacionados às diferentes experiências de pesar;
- problemas sexuais;
- divórcio e outras mudanças;
- circunstâncias especiais (ex: mãe solteira; casamento com outra pessoa que não era o(a) pai/mãe da criança)

3. O Sistema Familiar:

A constelação familiar é um sistema que opera nas mesmas condições que qualquer outro sistema, isto é, deve ser visto como um todo, e não apenas como a soma de partes. Como todos os sistemas, o sistema familiar necessita manter a homeostase e o equilíbrio. Para tanto a família desenvolve regras, papéis, padrões de comunicação, expectativas e padrões de comportamento que refletem suas crenças, estratégias de enfrentamento, sistema de alianças e coligações. A morte de um filho é uma dramática ruptura na homeostase familiar que implica:

- reorganização familiar;
- consequências com os irmãos sobreviventes;
- o enlutamento da unidade familiar.

4. Sociedade:

Comparando com outras mortes, existe uma condescendência mais explícita com relação a morte de uma criança. Isto, porque a sociedade é significativamente ameaçada e impactada pela perda de um filho o que é evidenciada pela maneira como se lida com os pais enlutados, e as expectativas inadequadas em relação à eles. Quando a morte é de uma

criança, existem fatores emocionais adicionais que intensificam os mitos sociais sobre enlutamento.

As expectativas sociais inapropriadas sobre qualquer tipo de luto são exemplos de como alguns destes mitos são seguidos:

- a) Todos os pais enlutados reagem da mesma forma;
- b) O luto dos pais diminui com o tempo de forma constante;
- c) Quando o luto está resolvido, ele não retorna novamente;
- d) Membros familiares ajudarão sempre os enlutados;
- e) Crianças enlutam-se como os adultos;
- f) Sentimentos de pena sobre si mesmo não são permitidos;
- g) É melhor deixar coisas dolorosas fora de sua mente;
- h) Não pense sobre a falta de seu filho no Natal porque isto deixará você triste.
- i) Pais enlutados somente precisam ventilar seus sentimentos e seu luto será resolvido.
- j) Expressar sentimentos é tão intenso que é como perder o controle.
- l) Apenas pessoas doentes têm problemas físicos no luto;
- m) Porque você está sentindo-se louco, você está ficando louco;
- n) Aborto, morte neonatal, ou morte repentina infantil não é muito difícil de ser resolvida porque a criança não era muito conhecida.
- o) Crianças precisam ser protegidas do luto e da morte;
- p) Rituais não são importantes para ajudar-nos a lidar com vida e morte na América Contemporânea;
- q) Você deveria sentir-se melhor porque outras pessoas amadas ainda estão vivas.

Tipos de Perda relacionadas à maternidade e paternidade:

Pais de crianças com doenças potencialmente fatais: Por serem crianças com doenças potencialmente fatais, o processo de luto começa no momento em que o diagnóstico é comunicado aos pais. A primeira fase começa com a reação de torpor porém, a segunda fase, diferentemente do processo citado anteriormente, inicia-se quando a criança está viva, e em lugar da descrença da morte, os pais não acreditam na exatidão do diagnóstico, e principalmente do prognóstico.

Além do sentimento de irritação dirigido para os médicos e enfermeiras, é comum também que os pais culpem-se por não ter prestado atenção aos primeiros indícios da doença. Neste período é comum também, segundo Bowlby (1993), surgirem conflitos entre os pais da criança.

Porém, depois de uma doença longa, e das esperanças terem sido repetidamente desfeitas, é possível que o pai ou a mãe faça um progresso ao reconhecer a exatidão dos prognósticos médicos, o que desencadeia, então, um certo grau de luto antecipatório, que implica um desapego gradativo de investimento emocional no filho doente.

Para a maioria dos casais enlutados, um certo nível de descrença ainda permanece após alguns meses da morte do filho.

O processo de luto favorável ocorre quando os pais reconhecem gradativamente e aceitam os fatos. Gradativamente, mas de forma estruturada, os modelos representacionais do eu e do mundo são harmonizados com a nova situação.

Bowlby (1993) aponta para o fato de que a evolução do luto pode ser desfavorável ou não, dependendo em grande parte, das relações dos pais, isto é, quando o casal pode compartilhar o sofrimento, mantendo-se unido a cada fase, transmitindo conforto e apoio um ao outro, é bem provável que o processo de luto se desenvolva de forma favorável. Porém, se o casal está em conflito, não havendo apoio mútuo, a família pode desestruturar-se.

Quando o casal enlutado é jovem, não é raro, que resolvam substituir o filho perdido, tendo outro filho.

No primeiro estudo do National Institute of Mental Health dos Estados Unidos, citado por Bowlby (idem), verificou-se que de 24 casais, cinco mães ficaram grávidas outra vez, ou durante a doença do filho ou imediatamente após; e em dois casos sabe-se que a concepção foi intencional. Poucos meses depois, uma sexta mãe desejava ficar grávida, e um sétimo casal planejava adotar uma criança.

Segundo o mesmo autor (1993, p. 126) “há muitas razões para duvidar da prudência dessas substituições muito apressadas, já que existe o perigo de que o luto pela criança perdida não se complete e que o novo filho seja visto como o retorno daquele que morreu. Isso pode levar a uma relação deformada e patogênica entre pais e o novo filho. Melhor seria que os pais esperassem um ano, ou mais, antes de começar de novo, para que pudessem reorganizar a imagem da criança perdida e assim conservá-la como uma lembrança viva, distinta de qualquer novo filho que possam ter”.

2 - Pais de crianças que nascem mortas ou que morrem cedo: Apesar do laço afetivo entre os pais e o filho ainda ser recente, Bowlby (1993) afirma que os padrões gerais de reação

não diferem muito dos que ocorrem nos casos de viuvez; torpor, seguido de aflição somática, anseio, raiva, irritabilidade e depressão.

A necessidade de concretizar a perda, pegando a criança morta é geralmente frustrada pelas práticas hospitalares, que se caracterizam, em geral, pela eliminação rápida de qualquer vestígio do bebê morto, e colocar o corpo, sem o ritual do funeral, numa sepultura comum. São dadas poucas informações aos pais e toda a situação fica envolvida num clima de silêncio. Estas atitudes apenas dificultam, e muito, o curso normal do luto, uma vez que os pais enfrentam um “não-conhecimento” e não têm a quem chorar.

A perda de um bebê recém-nascido ou natimorto, pode causar sérios distúrbios psiquiátricos, principalmente na mãe, e também problemas nos relacionamentos com filhos mais velhos, e também com relação à possibilidade de ter um novo filho.

Weiss (1991) coloca que a perda de um filho parece regularmente aumentar o estado de enlutamento, no qual o protesto de separação é mediado com esforços protetores. Este estado é notável por sua persistência. Embora com o tempo, a intensidade da dor parece frequentemente diminuir, o senso de continuar a ligação com a criança parece persistir indefinidamente, e o enlutamento parece ser eliciado facilmente muitos anos depois da perda, independente da idade do filho que morreu.

Podemos também pensar que este persistente estado de ligação com a criança que morreu deve gerar níveis de angústia elevados, e que dependendo do nível de aceitação e do tipo de apego estabelecido com o objeto perdido, pode tornar-se insuportável. A “saída” encontrada pelo casal é de “tapar” estes sentimentos, substituindo o filho perdido por uma criança adotada.

PARTE IV: A Literatura sobre Adoção:

O desejo de ter filhos...

Antes de nos questionarmos sobre o que leva alguém a adotar uma criança, devemos refletir sobre o que motiva alguém a ser pai ou mãe e a desejar ter filhos.

Wojer (1987) relata que ter um filho é, a priori, não morrer. Neste sentido, a motivação para ser pai é a motivação individual na luta contra a morte.

A mesma autora (idem) diz que o desejo de ter um filho ou a recusa, pode levar os pais a serem "maus pais", quanto mais carregado de formações reativas ele estiver, isto porque, eles esperam da criança uma função que ela não poderá preencher. Por outro lado, quanto maior for a sublimação deste desejo, maior será a possibilidade de superação das dificuldades, tanto para os pais, como para a criança, sem que nenhum destes seja anulado.

Sendo assim, desejar ter um filho pode envolver tanto as saudáveis sublimações, que implicam em possibilidades de elaboração e relacionamento com outros objetos (que não o objeto perdido), como as regressões mais arcaicas que segundo Wojer (1987) se definem como sublimação e defesa do papel parental.

Partindo deste raciocínio, podemos concluir que o mesmo processo de desejo se repete na adoção, e portanto, um "mau pai adotivo" também seria um "mau pai biológico", e vice-versa.

O desejo de adotar...

A adoção se dá por meio de dois níveis: em primeiro lugar, como um ato consciente determinado, e em segundo lugar, muito mais complexo, como uma conclusão ou "solução" (Wojer, 1987) de uma ou duas histórias que podem ter sido vividas de maneira dolorosa, como por exemplo, a esterilidade ou perda de um filho. A necessidade de adotar uma criança é frequentemente característica de pessoas que gostam de crianças, mas que podem também querer proteger-se contra a angústia definida por Wojer (idem), como angústia do "nunca mais" e o investimento na criança corre o risco de estar à serviço de acalmar suas inquietudes por meio de um objeto.

Nestes casos, o luto é vivido pelas pessoas não só à nível real, mais também à nível imaginário, pois é para o objeto perdido que se dirigem as projeções da imaginação. Neste sentido, Savage (1989) afirma que é a capacidade de restabelecer-se da perda simbólica, aliada à aceitação da perda real que aumenta a capacidade que se tem de apegar-se de novo, e portanto, ser possível uma adoção bem sucedida.

Berthoud (1992) define como motivação e desejo em ter filhos, de "desejo de continuidade", ou melhor, o desejo sublimado de não morrer; que é visto pela autora como a principal motivação subjacente ao desejo de paternidade. Neste sentido, o sentimento de paternidade vai além do desejo de procriação, pois além de não necessariamente decorrer da mesma, a autora afirma que a afetividade não está intrinsecamente ligada à paternidade. Portanto, a paternidade é fundamentalmente afetiva e não necessariamente se estabelece na paternidade biológica, ou na adoção. Por outro lado, por uma questão de ordem natural da vida, a paternidade se concretiza por meio da fertilidade, e portanto, devemos tentar compreender como o conflito consequente da infertilidade é vivido pelo homem e pela mulher.

Segundo a mesma autora (idem), a virilidade do homem é confirmada pela fertilidade e conseqüentemente, pela procriação, não só por valores culturais como também pelo "dinamismo psíquico" (1992, p.101). A partir disto, o homem vive uma cobrança muito maior, a fim de defender sua masculinidade. Ou seja, para o homem, a paternidade significa muito mais que a realização do desejo de continuidade, pois é a concretização da sua virilidade e potência.

Já para a mulher, as expectativas externas, segundo a autora (idem), são menores, proporcionando menos conflitos. Porém gerar um filho dá à mulher uma condição de superioridade em relação ao homem, além de ter um significado muito especial para a mulher.

Sendo assim, podemos pensar que a esterilidade, é muito mais difícil de ser elaborada e aceita pelo homem, não só pelo significado psicológico, mas também pelo social, pois segundo a autora (idem), a esterilidade masculina é muito menos aceita que a feminina. O choque é muito maior para o homem, enquanto que para a mulher as repercussões são mais longitudinais, se caracterizando muito mais por uma longa frustração do que por um 'brusco traumatismo' (idem, p.102).

O que a autora relata é que muitos casais vivem um processo difícil e lento para resolver o conflito da infertilidade, enquanto que muitos outros, conseguem superar de forma saudável, principalmente quando há um grande desejo amadurecido pela maternidade, e em geral, quando a esterilidade é da mulher. Afirma ainda, que ser bons ou maus pais não depende da condição de ser pais biológicos ou adotivos, mas sim da motivação subjacente ao desejo de paternidade ou maternidade.

Segundo Garma e colaboradores (1985, apud Woiler, 1987), dependendo do nível de elaboração da perda, definida por ele como "ferida narcísica", por exemplo no caso da esterilidade, ocorrerá a possibilidade de um vínculo mais adequado entre pais e filho.

adotado, o que conseqüentemente possibilita o clima de verdade que deve existir no vínculo entre pais e filhos.

Como mencionei anteriormente (apresentação), é o nível de elaboração destas angústias vividas pelo casal que influenciam a revelação ou não da adoção para a criança. Isto, porque revelar a adoção significa revelar os manejos destinados a diminuir a angústia, significa reviver a angústia suscitada pelas experiências dolorosas do passado, que implica numa reelaboração imaginária intensa.

Não quero, portanto, confirmar o mito que adotar é um processo completamente diferente de ter um filho biológico no que se refere à interação com a criança, pois isto é ilusório, visto o número de proles abandonadas por pais biológicos, ou melhor de vínculos fracassados entre pais e filhos biológicos. Porém este trabalho se propõe a atender uma demanda específica, no sentido de trabalhar com uma população de casais em processo de adoção, pois o objetivo é explorar os motivos que envolvem luto e no desejo de adotar, e que não necessariamente caracterizam toda a população que deseja adotar.

Tipos de Adoção...

Há casos de adoção que acontecem de forma semelhante à gestações "acidentais", ou seja, que acontecem sem um planejamento consciente. Então, de repente, surge uma criança e abre-se um espaço de disponibilidade para acolhê-la na família, por exemplo: um bebê "esquecido" no berçário, uma criança deixada na porta de casa. Em outras circunstâncias, o projeto de adoção parte de casais mais velhos, como forma de preencher o vazio deixado pelos filhos já criados.

A adoção também pode ser planejada num contexto de esterilidade, em geral, depois que o casal desiste de esperar que aconteça a gravidez por meio do tratamento. Nestes casos é comum resultar em conflito, justamente porque a adoção vem denunciar a esterilidade como fracasso do casal. Conseqüentemente o casal revela para a criança sobre a adoção tardiamente, numa tentativa de negar e esconder o fracasso, silenciando o tema por muito tempo.

Quando a família se inicia com uma criança adotada e tempos depois surgem filhos biológicos pode-se gerar sentimentos confusos e ambivalentes nos pais. Há casos que o vínculo fica muito intenso, porém há outros casos em que existe um vácuo, que é ao mesmo tempo negado e revelado (ex.: "Nós o amamos como se fosse realmente nosso filho").

Há também casos em que o filho adotivo vem substituir ou assumir o lugar de um filho morto, ou mesmo de um aborto natural. Nestes casos, segundo Bromberg (1994), o luto se torna ainda mais difícil por ser seguido de uma adoção. Isto porque o casal sofre pressão das famílias e da sociedade para repor o mais rapidamente possível, quando não há a

possibilidade de gravidez, exagerando com relação à defesa de negação da morte, tentando preencher com uma nova vida, seja de que forma for. Ainda nestes casos não é raro, o filho adotado receber o nome do filho morto, o que revela a dificuldade dos pais em lidar com o luto não-resolvido. Ainda segundo Bromberg (idem), o filho substituto tem seu desenvolvimento prejudicado pelo vínculo formado com os pais adotivos, marcado por muita ansiedade, depressão dos pais, expectativas e desejos confusos, como decorrência do luto não-elaborado. Nestes casos, o vínculo formado com a criança pode até se tornar complicado, uma vez que se espera dela coisas que ela não pode oferecer, pois na fantasia dos pais ela vem substituir o irmão morto.

Em qualquer um dos tipos de adoção acima citados, o vínculo afetivo precisa ser pacientemente construído e permanentemente cuidado, como, na verdade, também deveriam ser os vínculos biológicos. Portanto, quando isto não acontece, não significa que estão condenados à uma condição patológica e de insucesso mas, desde que sejam trabalhados.

Neste sentido, antes deste processo, faz-se necessário (como sugere Berthoud, 1992, p.118) um serviço eficaz de intervenção terapêutica e orientação a casais e famílias em processo de adoção, e portanto, um atendimento psicoprofilático de conscientização com relação ao significado da paternidade para cada um dos pais e para o casal; às motivações subjacentes ao desejo de adotar; e às fantasias e expectativas em relação ao filho adotivo.

Segundo Dell'Antonio (1994) o principal problema que se coloca nos processos de adoção, é aquele de identificar a capacidade do casal que quer adotar, de aceitar a criança, sua origem e sua história precedente, e de enfrentar e superar as dificuldades que irão encontrar no novo papel que estão assumindo. Porém, esta capacidade é apenas parcialmente previsível, pois depende também das características da criança que será adotada, da relação com os novos pais, e do processo de interação e ajustamento que ocorrerá entre ambas as partes. Porém, algumas características dos pais adotivos podem ter um valor prognóstico: por um lado, a intensidade e a forma que superam o conflito colocado pela adoção (esterilidade, aborto natural, reposição de filhos crescidos), por outro lado, a forma com que lidaram com as situações difíceis do núcleo familiar.

A autora (idem) considera como recursos positivos para a superação dos momentos de crise na vida da família: uma válida relação afetiva do casal, um conjunto de valores comuns, uma efetiva disponibilidade para a aceitação do outro como pessoa autônoma e para a modificação de atitudes e posições pessoais, uma capacidade de envolvimento em novas situações sem temer a perda do controle da situação. Esses elementos, segundo a autora, além de garantirem uma real comunicação e apoio entre o casal permitem também um adequado crescimento dos filhos. Portanto, Dell'Antonio (1994) afirma que estes são os

elementos importantes para serem destacados num processo de seleção e preparação do casal que deseja adotar uma criança. Mas, também é muito importante ressaltar que tais elementos devem ser descobertos e valorizados no casal, não só durante o processo de preparação para a adoção, como no acompanhamento após a adoção ser efetivada.

A psicoprofilaxia se caracteriza, então, na proposta de dar subsídios e orientação aos casais, a fim de que estes tenham condições de se ajustarem, amarem e interagirem positivamente com seus futuros "filhos do coração".

Motivações para adotar uma criança:

Em uma pesquisa (Weber, 1995) realizada com 108 pais adotivos entrevistados, foi traçado o perfil dos casais que adotaram ou desejavam adotar crianças, principalmente no que refere-se às motivações, características e padrões familiares. Segue-se alguns resultados encontrados:

- aproximadamente 91% dos casais estavam casados à época da adoção (legal e ilegal);
- 54,77% não possuíam filhos naturais por esterilidade, infertilidade ou devido a problemas de saúde que traziam risco de vida à mãe e/ou ao bebê;
- a faixa etária predominante dos casais era entre 36 e 40 anos;
- 60,61% dos casais que possuíam curso superior completo ou incompleto, tinham como motivação principal a ausência de filhos naturais;
- 65,79% dos casais que possuíam pouca escolaridade (até 8ª série) adotaram com o objetivo de ajudar a criança que na maioria dos casos era filha biológica de algum conhecido.

Tabela 4: Categorias e classificação das motivações para a adoção, segundo Weber (1995):

respostas	total (%)
não ter os próprios filhos	29,41
ajudar criança	16,34
querer adotar	9,80
“a criança apareceu”	6,54
ser filho de parente	5,88

pena/compaixão	4,58
afeição pela criança	3,92
gostar de criança	3,92
perda de um filho(a)	3,27
escolher o sexo	2,61
querer mais um filho(a)	1,96
preencher a solidão	1,31
outros	6,54
não responderam	3,92

Por meio destes dados, podemos concluir inicialmente que as motivações estão ligadas essencialmente à satisfação de interesses próprios, o que vai de acordo com o enfoque tradicional ou “clássico” da adoção.

Concluiu-se também que pelo menos 34% desta amostra indica que a motivação está relacionada a um processo de luto ou frustração, isto é, seja pela esterilidade/ infertilidade; seja pela perda concreta de um filho natural ou mesmo pela perda de funções ou papéis na dinâmica familiar (ex: aposentadoria ou saída dos filhos adultos de casa).

Os dados indicam que a preparação para a adoção faz-se necessária para a conscientização das motivações, desejos e expectativas do casal, além da compreensão das necessidades de uma criança e do seu desenvolvimento.

Segundo Luiz Schettini Filho (1995, p.19), “quando se cogita o filho e ele não surge pelo processo esperado de uma gravidez própria, a adoção aparece como forma factível de realização”.

Sendo assim, a fase de decisão sobre a atitude de adotar não compreende apenas a motivação consciente e inconsciente, mas também as circunstâncias favoráveis (como a convivência prolongada), as dificuldades decorrentes da pressão familiar, os medos e os pressupostos existentes.

Segundo Schettini (1995), na maioria das vezes, o motivo desencadeador do processo de adotar é a infertilidade, a necessidade de preencher a falta. Porém, de modo geral, as motivações podem estar ligadas à concepção equivocada de que um filho pode ser objeto e ser utilizado para atingir outros fins que não a realização plena da paternidade/maternidade. É preciso estar muito seguro e consciente das dificuldades e dos conflitos que surgirão. Muitas pessoas vêem nos filhos adotados, ou que desejam adotar, a possibilidade de:

- aumentar o número de filhos;

- fazer caridade;
- solucionar problemas conjugais;
- encontrar companhia;
- encontrar a realização procriativa;
- complementar uma identidade pessoal;
- evitar a discriminação social;
- substituir um outro filho que se perdeu;
- satisfazer o desejo de um dos cônjuges.

PARTE V: A relação entre Apego, Luto e Adoção:

Como foi mencionado anteriormente, algumas perdas na vida adulta, por serem mal elaboradas, acabam gerando muita angústia, e neste sentido, o indivíduo (ou o casal) enlutado, procura negar ou fugir de tal processo de elaboração da perda, de forma inconsciente, tentando repor a pessoa perdida, por exemplo; na adoção de uma outra criança, que em termos de fantasia e de falta de recursos psíquicos, tem a missão de encobrir a perda e substituir a relação estabelecida anteriormente com a pessoa (ou projeto de vida, status) que morreu.

Neste sentido, observamos por meio do relato de casais enlutados e da literatura revisada e exposta aqui, que geralmente são alguns tipos específicos de perda, que quando mal elaboradas, levam alguns casais à decisão de adotar uma criança (considerando-se também a qualidade da relação estabelecida com o morto, assim como outras características, anteriormente citadas ao definir fatores de risco para luto complicado). Por exemplo:

A esterilidade: como foi citado no início deste trabalho e a frustração de não poder gerar um filho biológico, é vivido como um processo de luto para o casal, uma vez que fertilidade é muitas vezes confundido em nossa cultura, com impotência, envolvendo assim, não só a impossibilidade de ter filhos, como também o fracasso diante da sociedade, principalmente para o homem, que se sente pressionado culturalmente, a demonstrar sua virilidade por meio da fertilidade.

Perda por abortos, pois mesmo que se perca um filho nas semanas iniciais de gravidez, os pais vivem um profundo sentimento de perda, principalmente a mãe. Por meio da literatura, Rando (1993) aponta que este processo de luto é vivido de forma diferente pelo pai e pela mãe, o que gera desequilíbrios no relacionamento destes pois, pelo fato de que geralmente a mãe expressa verbalmente mais esta perda, ela espera do marido, um apoio que ele não pode dar. A angústia de viver esta situação, muitas vezes pode fazer com que o casal pense na adoção. É importante ressaltar também que nestes casos, ou mesmo nos casos de bebês natimortos, a família e, em geral, a sociedade, fazem pressão para que o casal faça a reposição do filho perdido, o mais rápido possível, o que aumenta consideravelmente a defesa de negação já presente no processo inicial de luto, como se não tivesse ocorrido a morte, uma vez que a esperança de uma nova vida é retomada, neste caso, com o projeto de adoção.

A perda de um filho pequeno, seja por morte súbita ou por doença crônica. Quando se trata de morte por doença crônica, o luto dos pais já se inicia no momento em que recebem o

diagnóstico e o prognóstico do filho. Tanto na morte súbita como na morte por doença crônica, a perda do filho é vivida pelos pais com sentimentos intensos de raiva, revolta, culpa e depressão.

Já a perda de um filho adulto, seja por morte súbita ou por doença crônica é percebido pela família como uma injustiça, com grande peso nos conflitos preexistentes com a pessoa falecida. Provoca sentimentos conflitantes nos pais e nos irmãos uma vez que estes procuram dar um sentido para este tipo de perda precoce de alguém à quem já se está vinculado.

Outro tipo de perda, mas referente à filhos adultos, é quando estes se tornam independentes e saem de casa, deixando os pais, já com certa idade, sozinhos, o que provoca um forte sentimento de solidão, de proximidade com a questão da finitude, além de viver o luto por não mais ser a figura principal de apego dos filhos, que ao constituírem suas próprias famílias irão se apegar mais fortemente aos companheiros e filhos, e passarão a se relacionar com os pais de forma mais distanciada.

Por último, devemos considerar a situação de desaparecimento de um filho. De modo geral este tipo de perda é um forte dispositivo para o luto complicado, uma vez que a impossibilidade de concretizar a perda por meio de um ritual de despedida, ou mesmo por meio da visualização do filho morto, gera níveis de intensa ambivalência entre o luto e a esperança de encontrar o filho vivo. Este processo é muito complicado, pois os pais não se permitem desinvestir do objeto perdido, para gradualmente investirem afetivamente em novas figuras de apego, e passam a desenvolver um luto crônico e complicado.

Portanto, estes podem ser alguns dos motivos, que quando mal-elaborados pelos sujeitos, podem levar à reações de negação, substituição ou adiamento do processo de luto. A adoção por muitas vezes, pode ser vista como uma solução eficaz para cada uma destas reações. Caso este processo não seja percebido e elaborado, poderá promover uma inadequação no vínculo com o filho e conseqüentemente o insucesso da adoção.

PARTE VI: A Psicoprofilaxia da Adoção

A psicoprofilaxia: do processo e enlutamento à adoção...

Uma das variáveis que garante um processo de adoção bem sucedido é o nível de elaboração dos pais adotantes, em primeiro lugar, no que se refere às perdas do passado, e em segundo lugar, em relação ao papel e responsabilidade por eles assumidos.

Quanto ao primeiro nível de elaboração, segundo Savage (1989), até que a compreensão se torne consciente e seja dotada de significado, a transformação do luto não pode se completar plenamente. Sendo assim, ao se tratar com a morte de um filho ou com a esterilidade do casal, o objetivo terapêutico não é apenas dar apoio nem dirigir prematuramente o foco em direção ao problema do sentido. O objetivo terapêutico inicial tem de estar voltado para a aceitação consciente da perda deste objeto, para que gradativamente e conscientemente, o sofrimento não faça mais sentido e então possa se investir afetivamente e de forma positiva em outro objeto, no caso, um filho adotivo.

Neste sentido, a psicoprofilaxia proposta nesta pesquisa se define numa linha de trabalho de psicoterapia breve com os casais em processo de adoção, e que tenham alguma experiência de luto anterior à decisão de adotar. O trabalho com cada casal pretende durar três meses (12 sessões), com uma sessão semanal, sendo o objetivo deste entrar em contato com os conflitos da perda e promover a aceitação consciente deste luto ou fracasso, a fim de possibilitar um investimento afetivo e saudável em novos objetos, ou melhor, no filho adotivo. Portanto, não se trata de aprofundar conflitos intrapsicológicos inconscientes, mas de uma abordagem mais ativa e focada no conflito de perda do casal ou da família (caso haja filhos anteriores à adoção). Segundo Bromberg (1994) a terapia breve se torna mais apropriada para tais objetivos, uma vez que tem como pontos norteadores: delimitar o conflito e os objetivos; delimitar o tempo de terapia; transformar a história em elemento do passado, desconectando-a do presente, permitindo que o sujeito passe a ser sujeito ativo de sua própria história.

Ainda segundo Bromberg (1989) é bastante comum, após a resolução do luto, que o paciente se interesse por um trabalho a longo prazo, com abrangência mais ampla, por causa da mobilização ocorrida durante a psicoterapia breve. Nestes casos, o casal ou família será encaminhado para outro profissional a fim de dar continuidade ao processo terapêutico.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo investigar e identificar os motivos relacionados ao luto que levam um casal a adoção. Este estudo exploratório tem com premissa, uma perspectiva psicoprofilática, ou seja, uma vez que se compreenda o significado da adoção para o casal, pode-se trabalhar por meio de uma intervenção psicológica com os casais antes mesmo de se concretizar a adoção, a fim de otimizar as condições de sucesso da adoção, que implica numa relação segura, clara e saudável com a criança, e que o filho adotado não venha se tornar o "filho remédio" deste casal.

JUSTIFICATIVA

Neste sentido, surgiu o interesse de atuar clinicamente e investigar esta faceta tão pouco valorizada e cuidada num processo de adoção. Basta lembrarmos que a adoção é percebida como uma solução para um problema social grave que é o abandono infantil. A partir desta demanda, o sistema judiciário busca freneticamente inserir a criança novamente na sua família de origem, e quando não obtém sucesso (na maioria das vezes), então, busca adaptá-la numa nova família. Neste processo, ainda confuso, e muitas vezes insensato, os profissionais encarregados de promover esta transição (psicólogos e assistentes sociais) têm como tarefa inicial, avaliar e “selecionar” os casais e, nas raras vezes, solteiros aptos à uma adoção. Neste momento, inicia-se uma longa e dolorosa trajetória para estes indivíduos, que numa expectativa (consciente) de acolher uma criança abandonada, sentem-se discriminados e por vezes, até injustiçados (“...mas eu só quero adotar uma criança!”). Passam por uma avalanche de investigações, pelas quais se expõem sem nenhuma devolutiva dos profissionais que o avaliam.

Qual o sentido desta adoção em suas vidas? Esta é uma pergunta que entendo ser o cerne de toda a investigação do judiciário, não apenas para avaliar a adequação destes sujeitos, mas também para respeitá-los e auxiliá-los (por exemplo: encaminhando para outros profissionais). além de abrir uma possibilidade futura de que estes se tornem adequados, na medida em que redefinam sua expectativa e motivação em torno da adoção. Isto porque, muitas vezes, no desejo de adotar uma criança, estão embutidos pedidos de socorro, de desesperados que não encontram caminhos conscientes e adequados para a solução de seus conflitos e lutos.

Portanto, ao longo da minha experiência profissional fui entendendo que a motivação dos casais é uma das chaves centrais para uma adoção bem sucedida, na medida em que podemos facilitar ou transtornar um vínculo conforme nossa (in)disponibilidade para vivê-lo. Sendo assim, fui amadurecendo a proposta de uma intervenção psicoterápica focada nas demandas conscientes e inconscientes destes indivíduos, com o objetivo de possibilitar um espaço de psicoprofilaxia destes desejos, e das futuras relações destes sujeitos com seus filhos adotivos, ou mesmo, para uma reformulação para outros investimentos afetivos.

Desde 1995, estes questionamentos provocaram-me uma intensa mobilização, não só para investigar e explorar tais motivações, mas principalmente para promover um espaço de conscientização e revisão das mesmas, podendo, então, garantir uma chance maior de sucesso dos vínculos a serem formados com a criança.

Por outro lado, o trabalho que venho realizando no LELu (Laboratório de Estudos e Intervenções sobre Luto) desde 1996, também foi muito valioso, na medida que instrumentalizou-me, não só com técnicas, mas com o valor inestimável das experiências clínicas que vivi, na promoção de saúde a partir de lutos simbólicos e concretos, normais ou complicados, a partir dos quais o ser humano, confuso e sofrido, muitas vezes busca saídas inadequadas para aliviar a dor da perda.

Foi então, que resolvi iniciar, a partir da atuação clínica já em andamento, uma investigação mais ampla, e assim poder formular conclusões à partir destes questionamentos citados acima. Definiu-se, então, a paixão e a mobilização que me levariam a investigar por 2 ½ anos este tema tão complexo, delicado e ainda tão incipiente na nossa sociedade.

Por outro lado, uma vez que o objetivo da pesquisa caracteriza-se pela exploração acerca da motivação dos sujeitos, bem como pela intervenção psicoterapêutica focalizada na possibilidade de vinculação do casal à partir de seu luto, a coleta de dados foi estabelecida da seguinte forma:

Em primeiro lugar, foi realizada uma entrevista com os casais que pretendia explorar a caracterização dos sujeitos e suas mobilizações e atuações em relação ao desejo de adotar. Para tanto, foi utilizado um roteiro adaptado (Anexo I) à partir de um original formulado por Berthoud (1991), que após tal adaptação, se enquadrou dentro dos objetivos definidos acima (a justificativa deste procedimento encontra-se adiante, na [pg. 10](#)).

Num segundo momento, foi realizada mais uma entrevista, porém individual com cada um dos parceiros, com o objetivo de investigar o padrão de apego destes sujeitos e sua relação com suas experiências desde a infância. Isto, porque segundo Bowlby (1993), os indivíduos tendem a trazer o padrão de apego construído na infância para a vida adulta, e desta forma, podemos ter um prognóstico parcial da disponibilidade destes sujeitos para uma vinculação afetiva com uma criança adotada.

Para tanto, foi utilizado como instrumento de coleta de dados nesta entrevista, o roteiro “*Adult Attachment Interview*”, elaborado por George, Kaplan & Main (1996). Porém, por se tratar de um método extremamente rigoroso de investigação, tornou-se necessário uma pequena adaptação das diretrizes do roteiro à realidade da cultura brasileira, que de forma alguma, prejudicaram a validade do instrumento (tais alterações ínfimas podem ser notadas na transcrição do conteúdo de um dos casos que encontra-se no Anexo IV).

É importante ressaltar que apesar do seu caráter de investigação, tal instrumento possibilitou nos três casos analisados, que os próprios sujeitos, à medida em que iam resgatando sua história de apego, puderam espontaneamente associá-la, em determinados momentos, com a motivação para a adoção de uma criança. Neste sentido, tal instrumento não foi considerado apenas de investigação, mas também forneceu ricos subsídios para a intervenção que foi iniciada no momento seguinte.

Neste terceiro e último momento, mediante a coleta de dados realizada até então, foi iniciado um processo de psicoterapia breve focal, cujo objetivo era promover a psicoprofilaxia do processo de adoção em andamento. Como foi citado na revisão da literatura, este objetivo definiu-se sob o viés teórico à partir das propostas de Bowlby, buscando promover um espaço de reconhecimento dos lutos e motivações inconscientes inadequadas, elaboração dos mesmos e, por fim, uma reavaliação por parte dos sujeitos deste projeto de adotar uma criança, no sentido de avaliá-lo como adequado e oportuno.

Para finalizar, é fundamental acrescentar, que tanto nas aplicações-piloto, como no processo de coleta de dados, tais instrumentos mostraram-se absolutamente eficientes e coerentes em relação aos objetivos definidos nesta proposta de pesquisa.

CAPÍTULO 3 : MÉTODO

Este trabalho se caracteriza por uma pesquisa qualitativa desenvolvida a partir da investigação (exploração da motivação) e intervenção clínica com casais que estejam em processo de adoção e que tenham vivido experiências de luto simbólico ou concreto, anterior à decisão de adotar uma criança.

a) Sujeitos: Casais que estejam em processo de adoção e que tenham vivido experiências de luto ou fracasso anterior à decisão de adotar uma criança.

b) Forma de contato com os sujeitos: Em outubro de 1996 foi iniciado o contato com as Varas da Infância e Juventude, a fim de divulgar o projeto para profissionais ligados ao tema da adoção, como psicólogos e assistentes sociais que pudessem realizar o encaminhamento destes sujeitos para o processo de entrevistas e atendimento psicoterápico oferecido pela pesquisadora. Foram contatados três Fóruns da região central da capital de São Paulo, e mais especificamente, os psicólogos das Varas da Juventude e Família pertencentes à estes Fóruns.

O contato com apenas estes Fóruns (Pinheiros, Lapa e Centro) se justifica por dois motivos: localizam-se próxima à Clínica da PUC (Perdizes), local onde se realizou o atendimento de psicoterapia proposto para este trabalho; uma vez que a dificuldade de acesso ao local poderia dificultar a participação dos casais como sujeitos desta pesquisa. Outro razão, é que tratam-se dos que apresentam mais demanda de casais querendo adotar uma criança (cerca de 20 a 40 casais por mês segundo relato dos psicólogos). Por outro lado, estes Fóruns se prontificaram a divulgar o projeto à outros Fóruns interessados, numa reunião que ocorre mensalmente entre todas as Varas da Infância e Juventude dos Fóruns da Capital.

O contato com os psicólogos destas Varas da Infância e Juventude; de Pinheiros (Valquíria), da Lapa (Celso), e do Fórum João Mendes (equipe de psicólogos responsável pelo setor de adoção, num total de 7 profissionais) foi muito positivo, havendo muita receptividade e interesse por parte destes, que na sua totalidade, afirmaram necessitar de um trabalho deste tipo, uma vez que detectam situações de luto mal-elaborado em alguns casais que desejam adotar, mas não têm para quem encaminhar (pois o trabalho oferecido nos Fóruns é avaliativo e de orientação, e não terapêutico) e acabam declarando os casais inaptos ou que estes esperem um pouco mais para dar continuidade ao processo de adoção.

Foi elaborado um folheto explicativo do trabalho de intervenção proposto, a fim de possibilitar uma maior divulgação da proposta de trabalho não só para os profissionais

ligados ao tema, mas também para os casais em processo de adoção. Este folheto também traz algumas informações acerca do processo de luto mal elaborado e sua ligação com o desejo de adotar.

Pari passu, com estes contatos, foi realizado um contato com a prof. Mary Main do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia em Berkeley autora do roteiro de entrevistas (cujo conhecimento foi obtido através de um dos textos que compõe a revisão bibliográfica) “ Adult Attachment Interview”, a fim de obter uma cópia e autorização para utilização deste roteiro, que tem o objetivo de identificar e classificar o tipo de padrão de apego em indivíduos adultos e sua relação com o padrão estabelecido na infância. O objetivo em adquirir este roteiro é, que por meio de um instrumento de coleta de dados como este, podemos compreender melhor as possibilidades e necessidades emocionais de cada um dos parceiros e sua relação com o projeto de adotar uma criança, dando assim, mais subsídios para a intervenção psicoprofilática proposta. Uma vez que o roteiro foi testado e considerado adequado para a proposta, passou a ser utilizado como instrumento de avaliação durante as entrevistas, bem como um roteiro mais simples, adaptado de uma forma original elaborada por Berthoud (1991).

Vale ressaltar que o contato com as Varas da Infância e Juventude, foram mantidos no decorrer do processo de coleta e análise dos dados, a fim de fixar a proposta de trabalho e incorporá-la na atuação destes outros profissionais.

Desde o início deste trabalho, quando ainda era apenas um projeto, estabeleci contato com o psicólogo Fernando Freire, responsável pelo grupo de apoio à adoção *Terre des Hommes* com sede em Curitiba, que tem como proposta a divulgação da “cultura de adoção”, bem como estabelecer contato com a maioria das instituições ligadas a adoção. Por meio deste contato, pude ter a chance de contatar os mais diversos profissionais ligados ao tema da adoção, como os Grupos de Apoio e Grupos de Pais Adotivos de São Paulo, Itapetininga e Santos.

O contato com estes grupos, pretendia divulgar a proposta de trabalho e propor um trabalho conjunto (encaminhamento) ao trabalho oferecido pelo grupo que se caracteriza por orientação e troca de experiências entre os casais que querem adotar e que já adotaram. Além disso, estes grupos realizam um trabalho de orientação informal do procedimento necessário para se concretizar a adoção aos casais interessados.

b) Local: Clínica Psicológica da PUC-SP, sob a autorização do LELu - Laboratório de Estudos e Intervenções da PUC-SP, por meio do qual, esta pesquisa foi realizada.

c) Instrumentos de Coleta de Dados:

Instrumento I : Roteiro Adaptado de Entrevista com o Casal (Anexo I)

- **Caracterização:** Roteiro de entrevista contendo, além dos dados de caracterização dos sujeitos, quinze questões semi-abertas, com a finalidade de obter informações quanto à motivação e expectativas do casal para a adoção.
- **Justificativa do instrumentos utilizado:** O roteiro foi adaptado a partir do modelo utilizado por Berthoud (1992, p.123) de acordo com o material emergente durante as entrevistas-piloto. O roteiro original não foi utilizado na sua íntegra porque a autora tinha também como objetivo, investigar a relação entre pais e filho adotivo, o que se difere do objetivo deste trabalho, uma vez que este refere-se ao processo anterior à adoção de fato. Sendo assim, as perguntas do roteiro original de 1 a 3 e 14 a 27 (1992, pg. 123-124) foram excluídas da forma adaptada, uma vez que se referiam à criança adotada, ao relacionamento já existente com os pais adotivos, sua história de origem e as fantasias e expectativas do casal em relação ao filho já vinculado à eles. Portanto, foram excluídas por não caracterizarem a realidade dos sujeitos desta pesquisa, que ainda não concretizaram a adoção de uma criança. Foram, então, inseridas 4 perguntas no forma adaptada:

pergunta nº 4- *Já houve alguma gravidez?*

objetivo: Abordar gestações anteriores, possíveis abortos ou perdas de outros filhos, bem como as colocações com relação à infertilidade (se for o caso).

pergunta nº 10- *Por quê escolheram esta forma de adoção (legal ou ilegal)?*

objetivo: Abordar a disponibilidade do casal com relação ao processo legal de adoção; crenças, fantasias, medos, ou mesmo, desconhecimentos das etapas do processo de adoção.

pergunta nº 14- *Como esperam que seja esta filho?*

objetivo: Buscar compreender as expectativas, desejos, fantasias e projeções com relação à criança imaginada.

pergunta nº 15- *Têm preferência por sexo? Por quê?*

objetivo: Buscar compreender as expectativas, desejos, fantasias e projeções com relação à criança imaginada.

- **Forma de avaliação do instrumento de pesquisa:** Após a entrevista, os casos foram classificados em 4 grupos a saber: casais inférteis; casais que buscam uma solução para os conflitos conjugais na adoção, casais que buscam uma solução para lutos simbólicos

e/ou concretos não-elaborados; casais que buscam suprir um sentimento de solidão de um dos parceiros, em geral, da mulher:

Tabela 5 - Classificação dos Casais:

CASOS/ MOTIVAÇÃO	infertilida de	solução para conflitos no relacioname nto conjugual	solução para lutos inibidos e mal- elaborad os	busca de suprir um sentimen to de solidão
CASO A “Adotante-adotado”	x	x	x	
CASO B “João e Maria”	x		x	x
CASO C “unidos na doença e na saúde”	x		x	x

A partir desta classificação esses casais foram analisados por categorias para cada uma das variáveis pesquisadas, abordando duas dimensões: FAVORÁVEL e DESFAVORÁVEL, de modo que as respostas relacionadas às variáveis possam ser classificadas numa das duas dimensões (Berthoud, 1992). Foi feita também, uma análise global das entrevistas, de caráter subjetivo, considerando os discursos, comportamentos não verbais e impressões acerca dos sujeitos.

CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS (Berthoud, 1992, p.134);

- Motivos que levam os pais à adoção:

FAVORÁVEL: - Casais férteis:

- motivos altruístas
- sempre desejaram adotar
- optam por não ter mais filhos naturais por: idade avançada; doenças genéticas;
- opção

- decisão encontra forte apoio familiar
- decisão conjunta do casal e filho e/ou familiares
 - Casais inférteis:
- superam o "conflito da infertilidade"
- sempre desejaram adotar
- optam por não tentar tratamento por envolver riscos
- motivos altruístas
- recebem apoio de familiares e/ou amigos
- decisão conjunta do casal

DESFAVORÁVEL:

- dificuldades em superar o "conflito da infertilidade" (demonstrada pela insegurança, ambivalência ou relutante em falar do assunto)
- o casal ou um dos cônjuges se recusa a tentar tratamento
- muita relutância em decidir a adoção
- decisão inicial de apenas um dos cônjuges
- falta de apoio familiar
- grande ansiedade pelas possibilidades de escolher sexo, cor e idade da criança a ser adotada .

Quando os resultados indicaram que o casal apresentou motivos desfavoráveis que justificam o desejo de adoção, foi iniciada a segunda etapa de entrevistas, relativas à aplicação do segundo roteiro (anexo II).

Instrumento II: Roteiro de Entrevista Individual -“Adult Attachment Interview” (Anexo II)

- **Caracterização:** a partir da aplicação do Roteiro citado acima, foram realizadas entrevistas de aproximadamente 1 ½ hora com cada um dos parceiros, dos três casais que aceitaram participar da pesquisa (autorização prévia por escrito em Anexo III). Nestas entrevistas foi aplicado o roteiro de entrevista “Adult Attachment Interview” que consta de 20 perguntas semi-abertas sobre a história de apego destes sujeitos na infância e o seu percurso até a vida adulta.

- **Justificativa do instrumentos utilizado:** Após a realização da primeira entrevista com o casal para a aplicação do roteiro I, os casais foram entrevistados separadamente para aplicação do Protocolo de Apego Adulto (Anexo II) e assim, esclarecer aspectos mais individuais de cada um com relação à adoção.

A Entrevista do Apego Adulto (George, Kaplan & Main, 1996) é uma entrevista estruturada, semi-aberta focando o início das experiências afetivas e seus efeitos. Sujeitos são questionados por meio de cinco adjetivos para descreverem seus relacionamentos com cada um dos pais durante a infância, e então, por lembranças que auxiliam a escolha de cada adjetivo. Eles são questionados se sentiram-se próximos de um dos pais, e porquê; se sentiram-se rejeitados durante a infância; se os pais ameaçaram-nos de alguma forma; porque os pais podem ter se comportado como fizeram durante a infância; e como essas experiências podem ter afetado o desenvolvimento de suas personalidades. Além disso, eles foram questionados sobre quaisquer experiências de perda. A técnica provê amplas oportunidades para um interlocutor se contradizer, ou ainda simplesmente falhar no apoio, mais recente ou posterior das declarações. As entrevistas foram filmadas e transcritas, buscando registrar exclusivamente o raciocínio deste sujeitos.

A Entrevista do Apego Adulto tem muitas características distintas:

- 1- Ela inclui características tanto de formato altamente estruturado como num questionário e a mais informal da entrevista clínica. De acordo com o formato de questionário, perguntas são feitas numa ordem, acompanhadas por estruturados questionamentos. Ao mesmo tempo, como em entrevistas clínicas, o participante é por vezes encorajado a expandir e clarear a descrição e avaliação de sua experiência. Além disso, o entrevistador buscou habilmente determinar que o tempo de suas consultas, e a natureza de seus discursos servissem apenas para ressaltar, e não para alterar, a volição natural do participante em responder de formas particulares.
- 2- O protocolo é deliberadamente arrumado para ressaltar variações estruturais na apresentação da história de vida. Como mencionado acima, por exemplo, participantes são perguntados tanto (i) para prover um conjunto de cinco adjetivos que descreva as relações com cada um dos pais durante a infância, como (ii) para ilustrar cada adjetivo com um episódio biográfico específico. Na análise da entrevista, respostas a estes dois conjuntos de consultas são considerados conjuntamente. Quando memórias autobiográficas explícitas contradizem a visão generalizada fornecida, o participante é considerado como exibindo uma espécie particular de incoerência da apresentação (inconsistência).

- 3- Diferente de formatos de entrevista e questionário que restringem o foco ao conteúdo de respostas individuais, a análise destas entrevistas apoia-se, em boa parte, em comparações do conteúdo de respostas cruzadas. Adicionalmente, ela repousa no estudo da exata forma lingüística. Sendo assim, as palavras, frases, erros de língua, e hesitações encontradas na resposta imediata do participante são centrais para a análise.
- 4- A partir daí, a entrevista é transcrita, e em contraste direto à técnicas de transcrição que corrigem os erros do discurso nos interesses da limpeza essencial do conteúdo, todos os erros e hesitações são meticulosamente registrados. Somente a transcrição é empregada na análise da entrevista, e nenhuma referência é feita à características pragmáticas e não-verbais da resposta do participante.
- **Forma de avaliação do instrumento de pesquisa:** O processo de análise se processa em três estágios. No primeiro (i) e segundo (ii) estágios o pesquisador usa um conjunto de escalas de avaliação de 9 pontos numa tentativa de apurar (i) a experiência de infância provável do entrevistado com cada um dos pais (e.g., pai envolvido/preocupação, amor materno), e (ii) o estado corrente de sua mente com respeito a essas experiências como revelado em discursos de costume (e.g., coerência global da transcrição, discurso vago, ou lapsos na monitoração do raciocínio ou discurso durante a discussão atenta de eventos traumáticos). Uma vez que os pontos são assinalados ao texto da entrevista -- alguns baseados em estudos da transcrição como um todo costume (e.g., coerência global da transcrição), e outros focando em apenas algumas sentenças (e.g., lapsos na monitoração do raciocínio ou discurso) -- o texto é considerado novamente (iii) na luz do sistema da classificação que tenta representar o estado corrente da mente do entrevistado com respeito ao apego (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Main & Goldwyin, 1985-1994; veja também Main, 1995).

O sistema de diretrizes de classificação da entrevista julga considerar os entrevistados seguros com respeito às suas histórias de apego, se eles parecem estar se valendo do apego, ainda aparentemente objetivo na discussão de quaisquer relacionamentos ou experiências particulares, e inseguros se eles parecem tanto rejeitando, ou preocupados por relacionamentos e experiências de apegos recentes (Main & Goldwyin, 1984; Main, Kaplan & Cassidy, 1985). A tentativa de classificar estados mentais se baseia bem na análise do raciocínio de costume. Este aspecto da análise da entrevista é baseado em parte, na habilidade do entrevistado de produzir uma narrativa coerente na re-contagem da história de vida, para colaborar ativamente como entrevistador no contar a história, e para se engajar na

“monitoração metacognitiva” de sua apresentação, como no momento em que o entrevistado ativamente altera ou corrige declarações previamente ditas. Além disso, a análise da entrevista é compreendida em termos do conceito de discurso cooperativo como apresentado no trabalho do filósofo linguista Grice (1975,1989). Grice sugeriu que o discurso racional é mais bem atingido quando os locutores aderem ao princípio Cooperativo, que normalmente requer a aderência de quatro máximas conversacionais específicas:

Qualidade- “seja verdadeiro e tenha evidências do que você diz”.

Esta máxima é violada quando, por exemplo, o pai do locutor é descrito positivamente para termos genéricos altamente positivos, mas episódios geográficos específicos ativamente contradizem estes descritores positivos.

Quantidade- “seja sucinto e ainda assim completo”. Esta máxima é violada quando, por exemplo, o locutor moderadamente responde “eu não lembro” a muitas consultas, recusando assim uma resposta completa, ou em contraste responde de forma excessiva, falando muito além da direção conversacional apropriada.

Relação- “seja relevante aos tópicos apresentados”. Esta máxima é violada quando, por exemplo, consultas com respeito aos relacionamentos da infância com a mãe do locutor são encontradas ao invés de discussões das interações atuais com a mãe, ou com descrições das relações do locutor com seus próprios filhos.

Maneira- “seja claro e ordeiro”. Esta máxima é violada quando, por exemplo, a fala se torna gramaticalmente embaraçada, “jargão” psicológico é usado, termos vagos aparecem repetidamente, ou o locutor falha em completar sentenças que foram bastante iniciadas.

A análise da entrevista é em larga parte compreendida em termos de aderência *versus* a violação das máximas acima, e muitos sistemas de pontuação apontam para a violação de máximas particulares - e.g., discurso vago (violando maneira), insistência repetida ou falta de memória (violando quantidade), e retratação insuportável dos pais/idealização (violando qualidade). O que o sistema procura, classificar não são as experiências precoces do locutor, mas ao contrário o estado mental com respeito a essas experiências deduzidas pelas consultas da entrevista. Em suma, o estado da mente do indivíduo com respeito ao apego é revelado em sua habilidade de descrever, discursar e avaliar experiências de apego enquanto simultaneamente se mantém coerente, em discurso cooperativo (Hesse, 1996).

Se o protocolo e diretrizes apresentadas aqui são seguidas bem de perto, violações de coerência, consistência e cooperação na discussão de experiências relacionadas ao apego se basearão normalmente na responsabilidade própria do participante. Se o entrevistador falha em seguir o protocolo, as características do discurso nas quais a análise

da entrevista se apoia podem decorrer de erros do entrevistador ao invés do próprio uso espontâneo do participante. Neste caso, a entrevista deve ser descartada.

- Tarefas do entrevistador: Dadas as metas da entrevista, sua natureza potencialmente cansativa, e o sistema de análise utilizado, o entrevistador tem três objetivos primários:

Primeiro, obviamente, o entrevistador deve aderir intimamente às metas, perguntando cada questão com seus conseqüentes inquéritos. Isto requer completa memorização do protocolo. Além disso, o entrevistador deve ter praticado e pessoalmente revisto uma quantidade de seus próprios protocolos piloto.

Segundo, o entrevistador deve (a) permitir que o participante expresse quaisquer tendências existentes na violação dos princípios de coerência e colaboração, enquanto (b) pessoalmente permanece bem estruturado e colaborativo o bastante, para garantir que quaisquer violações são devidas unicamente à própria volição do participante como expressas no discurso. Isto requer alguma arte. Um locutor com tendência a violar quantidade e relevância deve ser permitido a revelar esta tendência, deve ainda, também ser oferecidas lembranças ocasionais do tópico. Interrupções indelicadas que forcem o locutor a retornar ao tópico podem forçá-lo a cessar a expressão das tendências deste discurso, enquanto falham ocasionalmente em lembrar o locutor do tópico que eventualmente o “licenciará” para continuar a divagar.

Finalmente, em vista do fato de que memórias ou sentimentos relatados ao apego podem engendrar aflição, mesmo que evidentemente expressas, o entrevistador deve ser simpático, enquanto profissional e verdadeiro. O entrevistador também deve estar preparado para alterar ou terminar a entrevista com participantes altamente angustiados, deve estar preparado para sugerir ou obter assistência imediata ou follow-up, e deve estar bem treinado de forma a concernir confidencialidade e outros aspectos da proteção de sujeitos humanos.

- Considerações Éticas:

- preservação da confidencialidade da informação a ser fornecida pelo participante da pesquisa;
- preservação da confidencialidade de qualquer análise da entrevista que for conduzida;
- exceto em circunstâncias incomuns, somente os pesquisadores terão acesso direto às informações que identificam o participante;
- como é óbvio, o A.A.I. não poderá ser usado com populações clínicas ou de pacientes, ou populações que estão em risco, exceto e a menos que seja usado por um clínico treinado individualmente num contexto que proporcionará facilidades para o follow-up terapêutico

- Após a aplicação do A.A.I., alguma atividade menos estressante deve ser proporcionada e após a questão 20, o entrevistador deverá deixar o participante saber o que ele/ela será avaliado no futuro, ou fazer alguma pergunta relacionada a entrevista.

- Preparação para condução da entrevista do apego adulto:

- a entrevista foi memorizada;
- a pesquisadora realizou uma entrevista-piloto como “participante”;
- foi feita a transcrição da prática e das entrevistas piloto, que não foram colocadas neste trabalho;
- previamente à aplicação do roteiro, a pesquisadora conquistou familiaridade com a classificação e sistemas de relação do A.A.I.

- Sistemas de classificação e pontuação da entrevista do apego adulto: propriedades e descobertas:

Como notado acima, a análise da Entrevista do Apego Adulto se apoia no repetitivo estado da transcrição gravada. Três das cinco categorias de resposta à entrevista; seguro-autônomo (coerente e colaborador), rejeitado e preocupado, identificam favoravelmente padrões de respostas consistentes encontrados por meio do curso da entrevista. Estas são algumas das denominações das formas “organizadas” de respostas à entrevista. Ambas teoricamente e empiricamente equívalem aos três padrões “organizados” das respostas infantis ao teste de Situação Estranha (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) -- seguro, evitante, e ambivalente/resistente -- até recentemente estas eram as classificações de apego adulto mais largamente utilizada. Além disso, entretanto, lapsos breves no monitoramento do raciocínio ou do discurso ocorrido durante a tentativa de discussão de eventos traumáticos, agora precedem o lugar em quarto, não-resolvidos/ desorganizados, categoria do apego adulto, equivalente a categoria desorganizado-desorientado de apego infantil de Main e Solomon (1990).

O estado de mente identificado pela entrevista, corresponde fortemente às categorias de respostas infantis à separação de, ou reunião com os pais observados na Situação Estranha de Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, ver tabela 2). As categorias de apego adulto foram, de fato, primeiramente generalizadas por meio de um estudo do desenvolvimento simples de 44 entrevistas transcritas obtidas dos pais da Bay Area observados com seus filhos na Situação Estranha de Ainsworth durante 5 anos previamente.

Sendo assim, a partir das 20 perguntas feitas para cada um dos parceiros, estes serão classificados de acordo com seu tipo de estado da mente em relação ao apego, ou seja, ao padrão de apego estabelecido na infância e posteriormente mantido nos relacionamentos na

vida adulta. Esta classificação será utilizada na análise dos sujeitos quanto à sua forma de vincular-se com o futuro filho adotivo, aumentando assim os instrumentos para diagnóstico, prognóstico e consequentemente para a intervenção psicoprofilática:

Tabela 5: Classificações de apego adulto relacionadas com os padrões correspondentes do comportamento infantil na Situação Estranha

Estado de Mente do Adulto com relação ao apego	Comportamento infantil em situação estranha
<u>Seguro / Autônomo (F)</u> : coerente, discurso colaborativo durante a entrevista. Valorização do apego, mas parece dar atenção a algum evento particular ou relacionamento. Descrição e avaliação das experiências de apego são relatadas com consistência, sejam as experiências favoráveis ou desfavoráveis para o indivíduo. Discurso não viola notavelmente alguma máxima de Grice (1989).	<u>Seguro (B)</u> : Explora o espaço e os brinquedos com interesse em episódios de pré - separação. Demonstra sinais de ausência dos pais na separação, frequentemente chora na segunda separação. Obviamente prefere os pais, mais do que estranhos. Recebe os pais ativamente, usualmente iniciando o contato físico. Usualmente, algum contato é mantido na segunda vez, mas acalmam-se e voltam a brincar.
<u>Rejeitado (Ds)</u> : Não é coerente. Sentimento de rejeição é relatado nas experiências de apego e nos relacionamentos. Normalização (“excelente, mãe muito normal”), com representações generalizadas das histórias não são mantidas ou ativamente contraditórias aos episódios autobiográficos que são repetidos. Transcrições também tendem a ser excessivamente breves. Viola as máximas de qualidade e quantidade de Grice (1989).	<u>Evitante (A)</u> : Fracasso para chorar na separação dos pais, frequentemente continua a brincar mesmo quando o deixam totalmente sozinho. Ativamente evita e ignora os pais nas encontros, se afastando, se virando, ou sai dos braços quando levantado. Pequena ou nenhuma proximidade ou procura de contato, sem sofrimento e sem demonstrar raiva. Respostas aos pais aparecem sem emoção. Foca os brinquedos ou ambiente durante todo o procedimento.

Estado de Mente do Adulto com relação ao apego	Comportamento infantil em situação estranha
<u>Preocupado (E):</u> Não é coerente. Preocupado com relacionamentos ou experiências de apego passado, aparenta raiva, passividade ou receio. Sentenças frequentemente longas, gramaticalmente embaraçadas ou cheia de usos vagos (“dadadada”, e “e que”). Além disso, viola as máximas de Grice de modos e relevância. Transcreve excessivamente, violando quantidade.	<u>Resistente (C):</u> Pode ser cauteloso ou sofrido, mesmo antes da separação, com pouca exploração. Preocupado com os pais durante todo o procedimento, pode aparentar raiva ou passividade durante o encontro. Adepto da reunião, falha em acomodar e receber o conforto dos pais, continua usualmente a focar nos pais e chora. Falha em retornar a exploração.
<u>Não-resolvido / Desorganizado (U/d):</u> Durante discussões de perda e abuso o indivíduo demonstra lapsos de monitoração de raciocínio ou discurso. Por exemplo, o indivíduo pode resumidamente indicar uma pessoa morta que acredita que ainda esteja viva no senso físico, pode resumidamente indicar uma crença que a pessoa foi assassinada por um pensamento da infância, pode cair num silêncio prolongado, ou numa fala elogiosa. O indivíduo pode encaixar-se, nas categorias Ds, E ou F.	<u>Desorganizado/ Desorientado (D):</u> A criança demonstra comportamentos desorganizados e/ou desorientados na presença dos pais, sugerindo uma queda da estratégia comportamental. Por exemplo, a criança pode pausar com uma expressão hipnotizada, mãos aos céu; pode acordar à entrada dos pais, então cair de bruços, e desordenadamente no chão; ou pode apegar-se enquanto chora muito e enclina-se com olhar fixo e severo. O indivíduo pode se encaixar, por outro lado, nas categorias A, B ou C.

Intervenção: Psicoterapia Breve Focal

- **Caracterização:** os casais que demonstraram condições desfavoráveis à adoção, especificamente com relação a um luto não elaborado de uma perda (simbólica ou concreta), foram submetidos à psicoterapia breve focal de 12 sessões ou 3 meses. Tal procedimento se aplica ao objetivo de aprofundamento dos motivos do desejo de adoção que surgiram durante as entrevistas, além de promover uma re-elaboração de tais condições desfavoráveis. Também foram feitos relatórios à partir da observação de

registros em vídeo realizados durante as sessões, com consentimento por escrito assinado previamente pelos sujeitos.

Obs: o conteúdo resumido do processo de investigação e intervenção com os três casais encontra-se no *Anexo IV*.

- **Justificativa do método empregado:**

A pesquisa clínica e suas implicações: Giami; Blanchet; Samalin Ambroise e Revault d'Allonnes (1989) buscam apontar as articulações e os choques que podem acontecer ao tentarmos conciliar a pesquisa à prática clínica, na medida em que o interventor é ao mesmo tempo pesquisador e clínico. Cada um dos autores apontam para a diferenciação existente entre pesquisa clínica e pesquisa em Psicologia Clínica; entre entrevista clínica e entrevista em pesquisa; entre a intervenção como clínico e atuação como pesquisador e a relação com o paciente/sujeito; e finalmente, a aplicação do estudo de caso dentro da prática clínica e sua validade enquanto produção de conhecimento.

Neste sentido, os autores abarcam de forma aprofundada a questão da pesquisa clínica, colocando ser esta, a forma mais complexa de produção de conhecimento, pois existem várias variáveis que podem fazer da intenção de tornar a prática clínica em metodologia de pesquisa, ou vice-versa, uma verdadeira catástrofe, não somente para o interventor, mas principalmente para o sujeito ou paciente, que de alguma forma esteve envolvido na “proposta” de trabalho.

Pesquisa em Psicologia Clínica ou Pesquisa Clínica: Giami (1989, p.35.) coloca inicialmente a definição de pesquisa clínica como uma atuação que implica em “procedimentos clínicos definidos geralmente com seus objetivos, métodos e fixação de suas práticas, e por outro lado, em um processo de produção de conhecimentos válidos (em termos científicos) e comunicáveis (passível de generalização?)”

Por outro lado, o autor aponta a mútua interferência que já se encontra nas duas distintas formas de atuação, ou seja, se por um lado a prática clínica baseia-se e faz referência ao conhecimento científico, por outro lado, a pesquisa utiliza a autonomia em relação à prática clínica, uma vez que busca conferir a si própria um status epistemológico como modo de produção de conhecimento e de alguma forma, questionando algum aspecto da realidade, que por sua vez, pode ser a própria prática clínica, como, por exemplo, os benefícios de determinada atuação psicoterápica.

Uma afirmação que trouxe muito desconforto foi que o conhecimento científico surge da intervenção e “principalmente” no recurso aos testes que tentam dar apoio científico ao psicólogo, voltando ao velho postulado das ciências naturais de descobrir leis que regem e cristalizam a atuação do psicólogo. Penso que a idéia de que o teste consolida a dinâmica existente na relação entre psicólogo e sujeito, não se sustenta mais, uma vez que os testes apenas interpretam tal dinâmica por uma determinada ótica, em geral, reducionista e classificatória, sendo que o sujeito em sua totalidade e em seu contexto, passa a ser o “CASO X”. É claro que não podemos negar que a utilização de métodos quantificados e uniformes também contribui para a elaboração do conhecimento científico necessário ao clínico, mas não se encerra apenas neles.

Aponta-se ainda para a idéia que toda relação entre psicólogo e sujeito, seja qual for a demanda inicial e quais as finalidades, constitui uma forma de intervenção que pode trazer mudanças na dinâmica do sujeito, o que encerra com a ilusão de que uma atuação em pesquisa não interfere, mas apenas observa e posteriormente analisa a dinâmica do sujeito em questão.

A entrevista clínica funciona como auxiliar e não como momento científico a partir do qual se elabora o conhecimento.

Giami (idem) faz uma colocação fundamental quando diferencia o conhecimento científico na intervenção, pois este não tem fim de pesquisa, mas principalmente é um conhecimento do tipo intuitivo, criado pela teoria e estabelecido a partir da experiência da intersubjetividade. Por outro lado, este conhecimento intuitivo se relaciona com o processo de validação que especifica a dinâmica da pesquisa clínica.

Diferenças entre pesquisa em Psicologia Clínica e pesquisa clínica: Na pesquisa em Psicologia Clínica a produção do conhecimento é o objetivo principal do pesquisador; isto é, não é apenas produzir um conhecimento limitado partindo de experiência clínica, mas de reunir os processos e os efeitos desta prática, a fim de melhorá-los ou substituí-los em função dos resultados da pesquisa. Neste processo o pesquisador situa-se externamente às situações que estuda. É importante ressaltar que esta exterioridade não implica objetividade.

Já a pesquisa clínica, ainda segundo Giami (idem), parece perturbada entre a natureza de seu objeto e as dificuldades da pesquisa. O objeto, entre outras definições colocadas no texto, é a singularidade ou a totalidade de um sujeito, levando em conta simultaneamente seu funcionamento psíquico, sua maneira de relacionar-se, a história de vida, e os acontecimentos exteriores. Aparentemente este objeto parece inconciliável com as exigências inerentes ao processo de pesquisa científica, ou seja, ao rigor que implica reducionismo, não só ao reducionismo implicado no próprio recorte do conhecimento

científico, mas na redução que resulta dos processos de construção do objeto. Outra exigência é a necessidade para o pesquisador de dispor de situações permitindo a abordagem da complexidade na ótica da pesquisa.

A articulação entre a intervenção e a pesquisa - Pesquisa Clínica: Segundo Giami (1989) a pesquisa clínica resulta da autonomia relativa da prática de conhecimento em relação aos objetivos terapêuticos de mudança. Esta proposta de atuação apoia-se sobre situações terapêuticas ou não, que podem ser substituídas por efeitos clínicos de mudança, ou mesmo pela resistência a esses efeitos.

O primeiro passo dentro da pesquisa clínica é a construção de um corpo de hipóteses que surgem a partir do confronto de questões com as teorias e pesquisas realizadas até o momento.

O segundo passo é a realização de entrevistas clínicas com o objetivo de confrontar as hipóteses de pesquisa construídas com a realidade de situações e de pessoas encontradas.

O terceiro e talvez mais complexo passo é o recolhimento de material, uma vez que exige uma suspensão da relação com o sujeito em que sua problemática é questionada à luz das hipóteses de pesquisa anteriormente levantadas e de outros discursos recolhidos. Neste sentido, o objeto de pesquisa passa por um processo de *construção - desconstrução* permanente, paralelo à conscientização crítica e posicionamento claro do “pesquisador - clínico”.

O Técnico Pesquisador e o Pesquisador Interventor: Giami e Samalin Ambroise (1989) iniciam a argumentação com uma colocação fundamental, que se remete ao velho conflito existente até os dias de hoje dentro da produção científica em psicologia e de modo geral, nas ciências humanas, isto é, a propensão a utilizar ferramentas uniformizadas e quantitativas, uma vez que quando colocado em situação de pesquisa, o técnico deve demonstrar a seriedade e validade científica daquilo que está abordando e afirmando. Quando se trata de conciliar a prática clínica com a prática de pesquisa parece que o conflito acima mencionado parece tomar uma dimensão inúmeras vezes maior, pois além de todos os choques que podem ocorrer nesta fusão de práticas tão diferentes, o técnico se depara com uma difícil e sutil situação de choque em relação à sua prática habitual (para o pesquisador em situação clínica e para o clínico em situação de pesquisa).

Uma das possibilidades colocadas pelos autores para conservar a integridade do estado psíquico e intelectual do técnico é a reflexão como instrumento, não só contra a angústia transferida do paciente a este, mas também para buscar dar conta da problemática

enunciada pelo paciente. Neste processo de reflexão a palavra-chave é *dúvida* pois é esta que alimenta a reflexão pois torna-se a busca de uma verdade e de um saber, levando assim a reelaboração incessante da reflexão. Talvez, segundo os autores seja esta dúvida que faz com que o técnico torne-se terapeuta. Por outro lado, a pesquisa pode ser percebida pelo técnico como um caminho para lidar com a angústia que surge na relação intersubjetiva na prática clínica.

A escuta terapêutica e a escuta de pesquisa: encontros e desencontros: A escuta terapêutica busca a elucidação de processos psíquicos e a identificação dos mecanismos de defesa explícitos na produção de sintomas, seja qual for o referencial teórico utilizado como mapeador desta busca. Quando se trata de um duplo envolvimento “técnico - clínico” característico da pesquisa clínica, o técnico é levado a ficar mais atento aos sintomas vinculados ao conflito psíquico e também aos que apontam a realidade social do sujeito.

Já a escuta de pesquisa focaliza-se sobre determinadas informações que trazem um esclarecimento novo e que o pesquisador tentará aprofundar pelo viés de intervenções dirigidas, como por exemplo, pedidos de explicação ou retomada de determinado ponto que se perdeu.

Na escuta terapêutica, o técnico busca implicitamente junto ao paciente, utilizar seu saber e competência clínica para ajudar a resolver os sintomas, o que induz, segundo os autores (idem), a utilização da dinâmica transferencial. Na escuta de pesquisa, o pesquisador mantém uma distância em relação à dinâmica psíquica do sujeito (se isto é possível, quando se aborda a intimidade e subjetividade de alguém), porém sabe-se que esta escuta também gera fenômenos transferenciais, provocando efeitos de mudanças.

Um grande problema da pesquisa clínica refere-se à demanda inicial, uma vez que esta é um dos critérios para distinguir a situação de pesquisa e a situação de intervenção.

O pesquisador clínico oferece um trabalho aos sujeitos “voluntários” que por sua vez são pessoas implicadas e envolvidas em situações reais. A presença ativa do pesquisador clínico produz efeitos e dentro deste quadro o problema consiste em evitar ser impossibilitado de pensar sua pesquisa e ao mesmo tempo não impedir os processos intra e interpessoais de desenvolverem-se. Se trata, da difícil tarefa de desenvolver uma dupla escuta.

Um outro grande problema deste tipo de atuação refere-se ao fim da intervenção quando os objetivos de pesquisa foram alcançados; fica então um impasse: a “alta” do paciente é dada sob um viés clínico ou de pesquisa?

Com relação a devolutiva dos resultados, na pesquisa clínica a intervenção já é um restituição dos dados coletados, mas também é importante retomar a cronologia dos acontecimentos, ficando atento ao perigo de reduzir este caminho apenas aos pontos de

conflito. Neste sentido, trata-se de ressaltar que este trabalho é feito junto a pessoas em sofrimento ou em movimento, e que o importante é conservar dentro de cada um desses procedimentos a especificidade que lhe é dada no contrato que uni o clínico ao paciente.

Entrevista : A Co-Construção do Sentido: Até aqui foram abordados pelos autores (idem) os pontos tangentes e de conflito existentes na produção da pesquisa clínica, seja sob o aspecto da pesquisa e atuação clínica em si, como da posição e atuação do técnico envolvido. Alain Lanchet e Claude Revault d'Allonnes (1989), abordam dois instrumentos de atuação clínica e de pesquisa: entrevista clínica e de estudo de caso, e sua relação com a proposta de pesquisa clínica como tema central.

A entrevista clínica pode ter várias funções associadas ou não: diagnóstico, apoio, terapia. Integra atos clínicos de diferentes naturezas (facilitação da produção discursiva do paciente, inferência terapêutica ou mesmo atos terapêuticos). Este instrumento é baseado não só em alguma teoria eficiente, mas também na experiência do próprio clínico.

A entrevista clínica é um dispositivo pelo qual o clínico, responde profissionalmente a um pedido de ajuda de um sujeito, e neste sentido, busca privilegiar a produção de um discurso deste sujeito para obter informações, e assim, agir sobre a problemática efetiva do sujeito. Já a entrevista de pesquisa caracteriza-se mais como uma enquete social, uma vez que responde a um demanda institucional e busca informações relativas a um tema definido no quadro de pesquisa, sendo assim, o pesquisador privilegia a produção de um discurso de uma pessoa para obter informações inscritas na biografia desta pessoa. São, portanto, processos de interação de ordens diferentes.

A entrevista clínica não tem como objetivo somente extrair informação, como ocorre na entrevista de pesquisa, mas sim, criar um quadro necessário para que esta informação possa ser restituída e elaborada pelo paciente.

Existem 3 tipos de entrevista clínica:

- Entrevista Clínica de diagnóstico: se trata de uma exploração da problemática subjetiva do paciente segundo um guia de inferência dado.
- Entrevista Clínica de apoio: tem a função de diagnóstico e de proteção do clínico que permite um certo relaxamento da tensão psíquica e privilegia a expressão do problema.
- Entrevista Clínica de intervenção: se trata da terapia propriamente dita. Tem a função de diagnóstico, de apoio e tratamento, por meio de um remanejamento dos modos de pensamento e comportamento do paciente, buscando a percepção dos sintomas.

Observa-se que a entrevista clínica do tipo de intervenção pressupõe a de apoio, que por sua vez pressupõe a de diagnóstico e a coerência interna deste processo, é dada pelo referencial teórico adotado.

Segundo Alain Lanchet e Claude Revault d'Allonnes (1989), a entrevista clínica busca um fim geral: a disfunção psicológica do paciente implica numa carência associativa em relação ao funcionamento psíquico e a ação terapêutica e se dá com o objetivo de atingir as representações isoladas e reconstituir os pontos associativos que se encontram rompidos. Para atingir esta meta, existem diferentes técnicas e por vezes, as teorias se contradizem, mas de modo geral o meio utilizado é a interpretação, que por sua vez possibilita a desconstrução e reconstrução do discurso do paciente na entrevista clínica, e por isso passa a ser a regra do diálogo clínico.

Neste sentido, o clínico busca reconstituir as representações fragmentadas e retomá-las no discurso, e esta ação é possível por meio da inferência, permitindo o destaque de redes associativas que escapam ao mundo de conhecimentos e crenças do paciente, ou então, utilizando a interpretação como ato de linguagem, ou seja, reorganizando um quadro de referências mais abrangente às informações relacionadas ou não, buscando a coerência e a hierarquização destas informações.

Revault d'Allonnes (1989) define o estudo de caso como um trabalho de análise e apresentação do material referente a uma pessoa em questão (ou pequeno número de sujeitos). Pode tornar-se objeto de abordagens variadas, dentre elas a Psicologia Clínica.

Este método tem algumas funções:

1. Informar / Formar: descreve os sujeitos observados;
2. Ilustrar: quando se trata de ilustrar este método é sem dúvida o mais eficaz, pode referir-se a uma determinada experiência vivida, ou mesmo descrever um determinado processo clínico;
3. Problematizar: serve para resgatar e estabelecer hipóteses em relação a uma problemática e sua relação com os referenciais até então utilizados, porém neste sentido, devemos considerar a teoria que baseia tal procedimento, sua relação com a prática e o material que produz dentro de suas limitações.
4. Convencer: Comprovar os resultados obtidos por meio de um estudo de caso é uma tarefa difícil e perigosa uma vez que se trata do material obtido de uma observação de uma pessoa específica. Neste sentido, a adesão aos resultados de um estudo de caso se dá mais facilmente pela persuasão do que pela comprovação. E esta força de persuasão vem de sua referência inevitável à experiência pessoal, isto é ao vivido.
5. Enunciação / Implicação: deve-se observar e analisar o material obtido, levando-se sempre o contexto dos dados, o histórico da pessoa e também buscar atingir os mais diversos níveis de leitura dos dados: a relação com o intrapsíquico, com o social, com o relacional e até mesmo com os aspectos somáticos, e então, procurando entender aquele sujeito dentro de uma perspectiva mais abrangente.

O trabalho da teoria, sob as diferentes formas que pode constituir-se, é fundamental na realização do estudo de caso, uma vez que organiza e estrutura o material coletado, por um processo de troca e de sustentação mútua. Porém, outros processos também são importantes na construção deste método:

- limitação;
- seleção: seja pelo foco de interesse, pelo dispositivo utilizado, pela problemática teórica que contribui ao sentido dado pela interpretação;
- naturalização;
- o processo de reconstituir os elementos descontínuos da história do sujeito observado.

É importante ressaltar que principalmente no estudo de caso, ocorre uma inevitável redução do “vivido” uma vez que existe a necessidade de estruturação por uma problemática e uma metodologia.

Por fim, o autor aponta para as condições básicas e necessárias para que o estudo de caso seja a manifestação do pensamento clínico se construindo: descrever o quadro dispositivo, determinar as condições de observação e de enunciação, apoiar-se sobre um material suficiente, e fazendo funcionar sobre ele uma teoria de forma aberta e criativa e não como a verdade única, e que a atuação seja movida não só pelo entusiasmo, mas também pelo exercício da reflexão e da dúvida e sem contudo, esquecer da dinâmica transferencial existente na relação estabelecida com o sujeito.

Parece óbvio que tais condições não são válidas e necessárias somente na utilização deste método, mas também em todo e qualquer tipo de intervenção e análise que se faça dentro de um espaço clínico.

d) Procedimento para coleta de dados:

1) Preparo da Pesquisadora: com o intuito de testar os instrumentos, bem como preparar-se para a aplicação dos mesmos, a pesquisadora realizou três aplicações-piloto de cada um dos instrumentos, por meio das quais foi possível adaptá-los segundo as necessidades e possibilidades específicas do contexto dos sujeitos da pesquisa.

Outro procedimento que deve ser ressaltado, caracteriza-se pela supervisão e orientação realizada com a Prof^ª Dra. Maria Helena P. Franco Bromberg das sessões realizadas com os três casais.

2) Entrevistas semi-dirigidas (baseadas no roteiro citado acima) antes da intervenção, a fim de verificar a motivação do casal e de cada um dos parceiros separadamente em relação ao desejo da adoção.

3) Intervenção - Atendimento caracterizado por psicoterapia breve aos casais, com duração de 12 sessões ou 3 meses em atendimento com cada casal. Este material foi objeto de análise qualitativa de acordo com os pressupostos desta pesquisa.

O trabalho de intervenção estabeleceu como objetivos:

- 1º) reconhecimento compartilhado sobre a realidade da perda;
- 2º) compartilhamento da experiência da perda e sua correlação com o projeto de adotar;
- 3º) reorganização do sistema familiar;
- 4º) reinvestimento no filho adotivo e em outros objetivos da vida.

As sessões de atendimento aos casais foram registradas em fitas de vídeo cassete com a permissão prévia (por escrito) dos sujeitos, com o objetivo de auxiliar a análise dos dados.

Após três meses (ou no mínimo 12 sessões realizadas) foi feita uma avaliação dos dados, comparando as variáveis encontradas nas entrevistas iniciais e nos relatórios finais de cada atendimento.

Tabela 6: Fases do Método

ATIVIDADES	Contato Inicial	Primeira Entrevista	Segunda Entrevista	Terceira Entrevista	12 sessões ou 3 meses	Após intervenção
Esclarecimento da proposta de trabalho e Autorização para participar da pesquisa	X					
Aplicação Roteiro de Entrevista (Anexo I)		X				
Aplicação Roteiro de Entrevista (anexo II) com um dos parceiros			X			
Aplicação Roteiro de Entrevista (Anexo II) com o outro parceiro				X		
Intervenção					X	
Análise Parcial dos Resultados e Conclusão						X

PARTE I - ANÁLISE DOS DADOS:

Por meio de uma perspectiva psicoprofilática e do viés da Teoria do Apego, realizou-se uma pesquisa clínica seguindo todos os princípios éticos detalhados no capítulo 3. Os dados coletados nas entrevistas foram analisados buscando identificar as motivações e desejos dos casais com relação à adoção, bem como o padrão de apego de cada um dos parceiros interessados em adotar uma criança (Tabela 7). Seguindo a mesma perspectiva, a intervenção se propõe a promover uma diminuição destas expectativas, sublimação e re-elaboração dos processos de luto e fracasso não vividos até então, e que por isso, tornaram-se os fatores que levaram os casais a desejar um filho adotivo (sua íntegra está no anexo IV).

Tabela 7: Classificação dos casais quanto à motivação para a adoção:

CASOS	TIPO DE PERDA OU FRACASSO	CLASSIFICAÇÃO QUANTO A POSSIBILIDADE DE ADOTAR	PADRÃO DE APEGO DA MULHER E DO HOMEM RESPECTIVAMENTE
CASO A <i>“Adotante-adotivo”</i>	<ul style="list-style-type: none">• lutos da infância• conflitos conjugais	desfavorável	(não diagnosticado / rejeitado)
CASO B <i>“João e Maria”</i>	<ul style="list-style-type: none">• infertilidade• lutos da infância	desfavorável	preocupado/
CASO C <i>“unidos na doença e na saúde”</i>	<ul style="list-style-type: none">• infertilidade• conflitos conjugais	desfavorável	

PARTE II: Dificuldades surgidas:

De acordo com o cronograma inicialmente proposto, a pesquisa encontrou imprevistos que atrasaram o início da intervenção bem como, limitaram o número de sujeitos.

Durante o primeiro semestre do ano de 97 foram realizados contatos com várias instituições, entre elas; Varas da Infância, grupos de apoio à adoção de São Paulo, Itapetininga, Ribeirão Preto e mais recentemente Santos; além de psicólogos e o Grupo “Terre des Hommes”[”]. Foram feitas palestras, além do envio de material (resumo do projeto) para profissionais interessados pelo trabalho; e a divulgação do projeto numa página da INTERNET.

Após estes contatos, alguns casais e mulheres solteiras interessadas em adotar entraram em contato com a pesquisadora. Suas demandas iniciais serão descritas de forma resumida, a fim de possibilitar algumas reflexões:

1. um casal que adotou uma criança e necessitava de acompanhamento para trabalhar algumas questões como por exemplo: a revelação da adoção; a maternidade/paternidade aos 50 anos de idade e o papel da criança na dinâmica familiar. Este casal não foi convidado a participar da pesquisa, uma vez que a adoção já havia concretizado-se 2 ½ anos antes. O trabalho está em andamento e não foram diagnosticadas motivações relacionadas a algum processo de luto, mas sim, a algumas dificuldades de relacionamento familiar, além de fantasias e necessidades relacionadas ao envelhecimento de cada um dos parceiros. Fatores de insegurança e medo de ficar só também aparecem, mas em nível moderado, sem que cheguem a perturbar a relação com a criança adotada.

2. um casal que perdeu a filha adulta num acidente de carro e 5 meses mais tarde deu entrada no cadastro de adoção de algumas Varas diferentes, entre elas, uma fora de São Paulo. O casal tinha dois filhos de 21 e 19 anos (que já mora fora de casa) e após a perda da filha mais velha, ficaram sozinhos e entraram em depressão aguda, e alegando falta de tempo, não aceitaram participar do trabalho, porém em conversa posterior o casal colocou que “tinham medo de não agüentar” (SIC). A pesquisadora se colocou à disposição do casal no momento que estes sentissem necessidade de falar sobre todo o sofrimento e angústia que estavam vivendo.

3. uma mulher jovem e solteira que mora em São Paulo, mas que entrou com o pedido de adoção em uma Vara de Joinville - SC pois acreditava que assim, a adoção sairia mais

rápido. Ela foi indicada por uma psicóloga desta Vara, e muito ansiosa em “resolver o problema” marcou uma entrevista com a pesquisadora, mas que acabou cancelando justificando problemas de saúde, e não voltou a entrar em contato. Não foi possível, com estes poucos dados, perceber algum aspecto da motivação desta pessoa ao optar pela adoção.

4. um casal que foi encaminhado pela Vara da Infância de Pinheiros. Quem iniciou os contatos foi a mulher, que parecia brava e desconfiada à respeito da indicação da psicóloga da Vara. Pensando ser o motivo do encaminhamento, G. tentou justificar sua mudança de postura frente à decisão de revelar a adoção para a criança (que anteriormente era de omitir para a criança), na tentativa de ser o suficiente para que a pesquisadora considerasse desnecessário algum tipo de intervenção. Foi colocado um horário possível para a realização de uma 1ª entrevista, e G. ficou de confirmar a presença com o marido. Não compareceram à entrevista e não retomaram o contato, com já era previsto pela atitude defensiva da mulher no primeiro contato.

5. J. é uma mulher jovem (28 anos), solteira, que entrou com um pedido para adotar uma das crianças que foram abandonadas nas ruas de São Paulo no mês de julho. Foi encaminhada pela Vara Central, pois anteriormente à este desejo de adotar, J. passou por 3 perdas de filhos em função de complicações gestacionais num intervalo de tempo de 10 anos. Aconteceram também outras duas tentativas fracassadas de adoção (acompanhou a gravidez de 2 mães biológicas que prometeram entregar-lhe o filho assim que este nascesse, porém, quando o bebê nasceu ambas as mães desistiram). Este processo de perdas foi relatado na primeira e única entrevista realizada com J., e observou-se que ainda não foi elaborado e é vivido com muito sofrimento por esta pessoa. Porém, esta única entrevista parece ter mobilizado muito J., que na consulta seguinte faltou justificando não querer participar da pesquisa (sendo que esta foi apenas sugerida, e não imposta pela pesquisadora), o que demonstra uma grande dificuldade em entrar em contato com estas lembranças e sentimentos mobilizados pelo luto destas perdas.

6. um casal que foi encaminhado pela psicóloga da Vara da Infância de Santo Amaro porque entrou com um pedido de adoção. O casal já está em atendimento (4 sessões) e durante este processo observou-se que a demanda da adoção parte apenas da esposa, que deseja ter uma criança pequena (pois um bebê daria muito trabalho para cuidar) pois “tem receio da solidão que surgirá quando seus filhos já adolescentes (14 e 13 anos) ficarem mais independentes e a casa ficar muito vazia”. Por outro lado, após um período muito conturbado

na vida financeira do casal, o marido sente-se mais estabilizado e defrontando-se com necessidades e queixas em relação à esposa. Queixa-se da vida sexual, da rotina, das brigas, das manias, e demonstra desejar estar bem com a esposa, motivo pelo qual aceitou participar do processo de terapia. Neste sentido, a motivação para adoção perdeu o espaço durante as sessões, ficando marcante a necessidade de trabalhar os conflitos existentes, uma vez que não há espaço para adoção na dinâmica familiar presente.

7. um casal encaminhado pela psicóloga da Vara da Infância de Pinheiros. Este casal entrou com um pedido de adoção de uma criança que está sob seus cuidados há 2 meses, desde que nasceu. Já possuem 3 filhos: uma menina de 15 anos, um menino de 14 anos e uma menina de 13 anos. Faz 2 anos que administram um bar que, conseqüentemente, ocupa a maior parte do dia do casal, e os cuidados do bebê ficam sob responsabilidade das crianças, que revezam-se na rotina diária. A motivação para a adoção parte de uma demanda exclusiva da esposa, que sempre desejou ter mais um menino, e já tem uma história de participação na educação dos filhos de outras pessoas que encontravam-se com dificuldades. Já cuidou, durante alguns meses, do irmão biológico deste bebê quando este apresentou problemas graves de saúde. A mãe biológica é vizinha do casal e apresenta problemas psiquiátricos, e quando o bebê nasceu, percebeu que não tinha condições de criar mais um filho, então ofereceu-o para este casal. A decisão foi rápida e em 5 dias o bebê já estava em casa. Apesar de passarem por apenas 2 entrevistas, foi possível observar que há pouco espaço na vida deste casal para cuidar do bebê, sendo que este pai adotivo tem contato com o bebê apenas nas tardes de domingo.

Observou-se por meio destes casos que ocorreu um encaminhamento indiscriminado por parte dos psicólogos das Varas da Infância, que pareciam necessitar de um local de referência para os encaminhamentos que observam ser necessários, mesmo que estes não estejam relacionados com um processo de luto (simbólico ou concreto) do casal.

Por outro lado, é uma proposta de trabalho nova e diferenciada de um simples encaminhamento para uma “terapia”. É necessário um tempo de adaptação e identificação do caráter do trabalho, bem como da demanda específica deste encaminhamento.

Existem muitos questionamentos acerca da dificuldade de obter os sujeitos necessários para o andamento da coleta de dados:

- Qual o significado do encaminhamento feito pelo psicólogo da Vara da Infância?
- Quando o casal chega em uma Vara de Infância, vive, a priori, uma situação de avaliação no que refere-se à capacidade de adotar uma criança. O caráter avaliativo do trabalho realizado torna-se ameaçador, invasivo e persecutório para a maioria dos casais que optam pela adoção legal (e é este um dos fatores que faz a “adoção à brasileira” ainda ser um

processo tão comum no país), e dependendo da estrutura emocional do casal, este já pode ser um motivo de desistência em relação à adoção. Neste sentido, quando há o encaminhamento de um casal ou de uma pessoa interessada em adotar para um outro psicólogo “que irá ajudá-lo a trabalhar as questões suscitadas pela adoção, bem como a preparar-se para as dificuldades que poderão surgir durante o processo” (frase usada por um dos psicólogos de uma das Varas nas reuniões com a pesquisadora), ainda permanece a expectativa por parte do encaminhado de um trabalho de caráter avaliativo: “faço qualquer coisa para conseguir adotar um bebê” (frase de uma pessoa interessada em adotar que foi encaminhada para a pesquisadora). Neste sentido, a vinculação com a pesquisadora-clínica fica muito ameaçada por esta expectativa, que muitas vezes impede o trabalho, antes mesmo que este seja iniciado.

Por outro lado, é fundamental colocar que, a priori, a intervenção proposta pela pesquisa implica trazer à tona conteúdos dolorosos e intensos, e que por muitas vezes, a decisão de adotar surge no sentido de negar e “esquecer” toda esta dor e tristeza envolvida numa situação de perda real ou simbólica. Portanto, a possibilidade de “mexer nas feridas” por meio da psicoterapia pode ser muito assustadora e ameaçadora em um momento que o processo psíquico predominante é marcado por defesas como a negação e/ou a inibição ou mesmo, pelo adiamento de um processo de luto.

- A proposta está clara para os profissionais que encaminham os casais?
- Inicialmente os psicólogos das Varas pareciam confusos em relação às possibilidades de atendimento oferecidas, bem como com o conceito de luto utilizado pela pesquisadora ao relacioná-lo com a motivação para a adoção. “Só interessa casos de pais que perderam filhos?”; “Você atende crianças que foram devolvidas após se consumir a adoção?”. Frases como esta indicavam que o objetivo e os conceitos utilizados não estavam claros e a necessidade de dar vazão aos inúmeros casos que chegavam, encaminhando-os para um trabalho de psicoterapia breve, tornou a possibilidade de encaminhamento para o LELu, um processo desorganizado e inconsistente. Neste sentido, foram realizadas novas reuniões com os grupos de psicólogo de cada uma das 3 Varas contatadas, a fim de esclarecer estes aspectos e redefinir o perfil dos possíveis sujeitos da pesquisa, bem como do trabalho profilático oferecido pelo LELu. A partir deste momento, o número de encaminhamentos aumentou consideravelmente. Entre tais encaminhamentos ainda existem muitos encaminhamentos fora do perfil acima citado (casais vivendo um processo de luto em função de uma experiência de perda), e mesmo que muitos deles não se encaixem no problema de pesquisa colocado.

Outro aspecto observado são as diferenças existentes entre o homem e a mulher no que refere-se ao luto vivido e a manifestação de sentimentos, o que na totalidade dos casos atendidos, causa inicialmente muitos conflitos entre o casal. Para tentarmos entender estas diferenças, podemos pensar em algumas questões, entre elas:

- questões de gênero no enfrentamento da perda;
- perda com significados diferentes para cada um dos parceiros, em função de:
 - experiências diferentes;
 - história de vida;
 - perdas anteriores;
 - auto-estima;
 - relação com o morto (ou com o objeto de amor);
 - suporte social em situações de crise anterior a perda;
 - aspecto financeiro após a perda;
 - relação do casal no momento anterior a perda.

Pensando nestes aspectos e relacionando-os com a história de cada casal, podemos chegar a algumas conclusões acerca da vivência de cada um dos parceiros. Isto pode auxiliar no processo terapêutico, uma vez que, a partir daí passa a ser possível trabalhar as perdas implicadas na perda concreta e/ou simbólica, e portanto, não incorrer no erro de minimizar a perda de um em função da manifestação de sentimentos do outro.

Estes aspectos têm ligação direta com a motivação do casal num momento posterior (por exemplo, na decisão de adotar uma outra criança); isto é, a capacidade de lidar com a perda de um vínculo pode nos dar “pistas” da futura capacidade do casal de vincular-se a um novo objeto e vice-versa. O que torna ainda mais valioso o “A.A.I.” (Adult Attachment Interview) como instrumento de pesquisa, pois este roteiro se propõe a avaliar a relação de vinculações anteriores (infância) com os vínculos formados na vida adulta.

Resultados obtidos e análise:

Caso A- “Adotante-adotivo”

Análise das entrevistas:

Entrevistas nº 1, 2 e 3:

1) Classificação: DESFAVORÁVEL

2) Justificativa: Segundo a classificação utilizada por Berthoud (1992), o casal fértil é considerado em condições desfavoráveis para adoção pelos seguintes motivos:

- a adoção em momento algum foi uma decisão conjunta do casal, e mesmo que tenham optado pela adoção legal, esta parece ser mais um paliativo, ou “abrandamento” dos conflitos existentes na relação do casal, que acontecem também em função do alcoolismo de F.
- a condição emocional de F. é bastante instável, com momentos de depressão aguda, com pensamentos de suicídio, apesar de nunca ter agido neste sentido, além de sua capacidade de vinculação ser bastante prejudicada por sentimentos de perda e rejeição.
- a condição emocional de M. parece ser mais preservada, porém tenho poucos dados para uma análise desta natureza, uma vez que esta compareceu às entrevistas apenas 2 vezes.
- houve uma relutância muito grande de F. em aceitar a idéia de adoção.
- pouco apoio familiar com relação à decisão de adotar;
- A dificuldade de falar sobre filhos indica a indisponibilidade do casal e a falta de espaço para os filhos biológicos, e assim surge o tema da adoção como algo também muito distante da realidade deles, que é permeada pelo alcoolismo de F.
- O que será que manteve este casamento até hoje? M. desempenha o papel da mãe que cuida e sempre entende F. e este encontra nela o “colo” da mãe perdido no início da vida. Esta dinâmica, conseqüentemente, não dá espaço para a vinda de um filho, uma vez que a maternidade é concretizada na própria relação com o marido e vice-versa.

3) CONCLUSÃO: Após a realização destas duas entrevistas foi possível perceber que a motivação para a adoção está relacionada tanto aos conflitos individuais de cada parceiro como à relação desestruturada que vivem desde o início do casamento, quando F. já bebia, quebrava os objetos da casa, dormia fora de casa e com outras mulheres e sempre tinha a compreensão da mulher, segundo o relato do próprio casal. A questão é que a adoção veio como uma válvula de escape para esta relação que parece bastante desequilibrada e inadequada. Portanto, faz necessário um trabalho aprofundado com o casal para que tais motivações se tornem mais conscientes e que o casal busque caminhos para a resolução de seus conflitos, que não a síndrome do “filho remédio”.

Por outro lado, o comportamento de M. de “entregar o marido para tratamento”, quando na verdade a proposta era para um atendimento de casal, indica uma dificuldade de M. em entrar em contato com seus sentimentos e conflitos, principalmente em relação à maternidade, que depois de 17 anos de casamento, ainda não aconteceu (a não ser na relação com o marido). Parece muito contida e muito ambivalente; ao mesmo tempo que deseja ajudar o marido, parece sentir raiva e exaustão com relação à ele.

Entrevista nº 4:

1) Classificação do estado de mente do adulto F. com relação a apego : REJEITADO (“DISMISSING”)

2) Justificativa: F. não apresentou coerência em suas respostas, demonstrando sentimentos ambivalentes em relação às suas principais figuras de apego: mãe, madrasta, pai, irmãos e esposa.

O sentimento de rejeição e abandono é relatado várias vezes durante a entrevista.

O sujeito valoriza em especial o evento da morte da mãe, quando fala das suas experiências de apego.

Quando relata suas experiências e relacionamentos se coloca sempre numa situação passiva, de vitimizado e rejeitado (“aprendi que para ser homem, tinha que beber, pois os meus irmãos bebiam.”). F. se expressa bem, porém excessivamente sintético quando fala da família, principalmente dos pais e da madrasta. Quando fala do alcoolismo (o que predomina no seu discurso), oscila entre se recriminar e sentir pena de si mesmo, ao mesmo tempo que se acha um mau caráter, se acha a grande vítima, um “traumatizado”(sic). Apresenta em seu discurso muitas frases que banalizam os seus sentimentos e suas relações com as pessoas (“minha madrasta era excelente, só não cuidava de mim”). Portanto, viola as máximas de qualidade e quantidade de Griece (1989).

O luto pela morte repentina e precoce da mãe parece ser o norteador de toda sua vivência emocional, e ao mesmo tempo que necessita muito apegar-se à alguém que lhe traga segurança e conforto, seu comportamento é de esquiva e rejeição à esposa que demonstra ser solícita e companheira (apesar de existirem poucos dados para assegurar esta afirmação, pois M. não compareceu a entrevista individual marcada). Neste conflito vivido por F. de querer, mas não poder se apegar às pessoas, ele optou pelo alcoolismo como uma forma de relacionar-se com os outros sem ter que justificar sua necessidade de afeto (“quando bebo, fico alegre, compro presentes para os amigos, vou visitar todos os parentes, abraço e beijo todo mundo que gosto, e depois caio em depressão”).

3) **CONCLUSÃO:** O abandono da figura materna e a ausência do “colo”, foram experiências traumatizantes para F. que passou a cuidar dos outros, quando necessitava ser cuidado. Sua capacidade de apegar-se comprometeu-se com o passar dos anos e atualmente não mantém relações de confiança com ninguém, nem mesmo com o pai, a mulher ou os irmãos. Se sente apegado a eles (menos com a mulher, sic), porém não consegue encontrar uma forma adequada para viver estas relações que são muito comprometidas, e aí, se volta para a bebida por não agüentar a frustração.

Análise das Sessões de Psicoterapia:

4) **PROGNÓSTICO:** O casal apresenta muita dificuldade em dar andamento ao processo de psicoterapia, apesar de terem consciência de sua necessidade. Faltam muito às entrevistas marcadas, o que compromete a vinculação necessária para que sintam segurança e apoio para falar sobre seus conflitos, o que é característico no comportamento de um alcoólatra. Por outro lado, ainda se fazem presentes, fazem questão de depositar o valor das sessões no dia combinado, o que demonstra algum nível de envolvimento no processo terapêutico, mais explícito no comportamento de F.. Porém, qualquer possibilidade de investimento na adoção, ou em qualquer outro objeto de investimento afetivo parece ainda muito comprometida.

CASO B - “João e Maria”

Análise das entrevistas:

Entrevistas nº 1 e 2 :

1) Classificação das condições para adoção: DESFAVORÁVEL

2) Justificativa: Segundo a classificação utilizada por Berthoud (1992), o casal infértil é considerado em condições desfavoráveis para adoção pelos seguintes motivos:

- A principal característica desfavorável do casal, é o fato de ambos ainda não terem elaborado a infertilidade, que aparentemente parece ser em função de problemas orgânicos ou psicológicos de J., uma vez que não houve um diagnóstico conclusivo dos médicos que consultaram, bem como resultado dos tratamento iniciados, mas que nunca foram concluídos.

- Mesmo com um forte apoio familiar (sogra), o casal parece bastante confuso, ansioso e por vezes ambivalente com relação às expectativas em relação a criança.

- a condição emocional de J. é comprometida por situações de perda e de doença vividas no passado, com a qual, relaciona o problema da infertilidade. Sua capacidade de vinculação é bastante prejudicada por sentimentos de perda e injustiça com relação à vida difícil que levou com a ausência do pai.
- a condição emocional de L. parece ser mais preservada, porém tenho poucos dados para uma análise desta natureza, uma vez que esta compareceu às entrevistas apenas uma vez.
- houve uma relutância muito grande de L. em aceitar a idéia de adoção.
- dificuldade em falar da experiência de fracasso vivida com a primeira tentativa de adoção (à brasileira). Ainda existe um sentimento de luto muito grande, principalmente para J.

3) CONCLUSÃO: Após a realização destas duas entrevistas foi possível perceber que a motivação para a adoção está relacionada tanto aos conflitos individuais de cada parceiro como à dificuldade de elaboração da infertilidade. Portanto, faz necessário um trabalho aprofundado com o casal para que tais motivações se tornem mais conscientes e que o casal busque caminhos para a resolução de seus conflitos e elaboração do fracasso vivido com a infertilidade.

Entrevista nº 3

- 1) Classificação do estado de mente do adulto F. com relação a apego : PREOCUPADA
- 2) Justificativa: M. não apresentou coerência em suas respostas, demonstrando sentimentos ambivalentes em relação a suas principais figuras de apego: mãe, pai, irmãos e marido. Demonstra ser muito preocupada com as experiências de apego do passado, aparentando raiva, mágoa, saudade, culpa e passividade com relação a estas figuras. Suas sentenças são extremamente longas e repetitivas. Gramaticalmente, suas frases são cheias de usos vagos, violando as máximas de quantidade e relevância de Gricce.

O luto pela morte repentina e precoce do pai parece ser o norteador de toda sua vivência emocional, e ao mesmo tempo que necessita muito apegar-se à alguém (filho) que lhe traga segurança e conforto, seu comportamento é de distanciamento com relação à novas figuras de apego, como o marido, a sogra (segunda mãe, sic).

O luto pela infertilidade não foi elaborado por M. que sente-se muita incomodada com o fato de não saber o porquê (ambivalência entre o diagnóstico e a esperança), bem como com o fato de não ser capaz de gerar o filho, que na sua fantasia, está relacionado ao problema vivido na adolescência.

3) CONCLUSÃO: O abandono da figura paterna e a ausência da proteção deste pai, foram experiências traumatizantes para M. que passou a justificar todas as dificuldades de sua vida

em função desta perda. Sua capacidade de apegar-se comprometeu-se e permanece vinculada às figuras de apego que não existem mais, sendo que as figuras de apego presentes no momento de vida atual ficam em plano secundário de importância, e como fontes de segurança e conforto.

Entrevista nº 4

1) Classificação das condições para adoção: DESFAVORÁVEL

2) Justificativa: Segundo a classificação utilizada por Berthoud (1992), o casal infértil é considerado em condições desfavoráveis para adoção pelos seguintes motivos:

- A principal característica desfavorável do casal, é o fato de ambos ainda não terem elaborado a infertilidade, que aparentemente parece ser em função de problemas orgânicos ou psicológicos de M., uma vez que não houve um diagnóstico conclusivo dos médicos que consultaram, bem como resultado dos tratamentos iniciados, mas que nunca foram concluídos.
- Mesmo com um forte apoio familiar (sogra), o casal parece bastante confuso, ansioso e por vezes ambivalente com relação às expectativas em relação à criança.
- a condição emocional de J. é comprometida por situações de perda e de doença vividas no passado, com a qual, relaciona o problema da infertilidade. Sua capacidade de vinculação é bastante prejudicada por sentimentos de perda e injustiça com relação à vida difícil que levou com a ausência do pai.
- a condição emocional de L. parece ser mais preservada, porém tenho poucos dados para uma análise desta natureza, uma vez que esta compareceu às entrevistas apenas uma vez.
- houve uma relutância muito grande de L. em aceitar a ideia de adoção.
- dificuldade em falar da experiência de fracasso vivida com a primeira tentativa de adoção (à brasileira). Ainda existe um sentimento de luto muito grande, principalmente para J.

3) CONCLUSÃO: Após a realização destas duas entrevistas foi possível perceber que a motivação para a adoção está relacionada tanto aos conflitos individuais de cada parceiro como à dificuldade de elaboração da infertilidade. Portanto, faz necessário um trabalho aprofundado com o casal para que tais motivações se tornem mais conscientes e que o casal busque caminhos para a resolução de seus conflitos e elaboração do fracasso vivido com a infertilidade.

Atendimentos 5, 6 7 e 8:

4) PROGNÓSTICO: M. parece muito machucada e fragilizada pelas experiências de perda que viveu, que culminaram com a morte da mãe há dois anos atrás. Estas vivências influenciam a motivação para a adoção uma vez que a possibilidade de ter um filho indica a chance de estabelecer um vínculo que, a princípio, implica em vida e não em possibilidade de morte, além da chance de resgatar tudo que foi empenhado no sonho de ter um filho biológico. Por outro lado, demonstra-se muito disponível ao processo de terapia, e vinculada de forma positiva com a pesquisadora clínica.

O desejo de adotar está mais amadurecido para M. do que para L., que ainda apresenta muitas dúvidas e medos com relação à adoção, bem como dificuldade de elaborar a infertilidade.

Caso C: “unidos na doença e na saúde”

Análise das entrevistas:

Entrevistas nº 1 e 2 :

1) Classificação das condições para adoção: DESFAVORÁVEL

2) Justificativa: Segundo a classificação utilizada por Berthoud (1992), o casal infértil é considerado em condições desfavoráveis para adoção pelos seguintes motivos:

- A principal característica desfavorável do casal, é o fato de ambos ainda não terem elaborado a infertilidade, que aparentemente parece ser em função de problemas orgânicos ou psicológicos de J., uma vez que não houve um diagnóstico conclusivo dos médicos que consultaram, bem como resultado dos tratamento iniciados, mas que nunca foram concluídos.
- Mesmo com um forte apoio familiar (sogra), o casal parece bastante confuso, ansioso e por vezes ambivalente com relação às expectativas em relação a criança.
- a condição emocional de J. é comprometida por situações de perda e de doença vividas no passado, com a qual, relaciona o problema da infertilidade. Sua capacidade de vinculação é bastante prejudicada por sentimentos de perda e injustiça com relação à vida difícil que levou com a ausência do pai.
- a condição emocional de L. parece ser mais preservada, porém tenho poucos dados para uma análise desta natureza, uma vez que esta compareceu às entrevistas apenas uma vez.
- houve uma relutância muito grande de L. em aceitar a idéia de adoção.
- dificuldade em falar da experiência de fracasso vivida com a primeira tentativa de adoção (à brasileira). Ainda existe um sentimento de luto muito grande, principalmente para J.

3) CONCLUSÃO: Após a realização destas duas entrevistas foi possível perceber que a motivação para a adoção está relacionada tanto aos conflitos individuais de cada parceiro

como à dificuldade de elaboração da infertilidade. Portanto, faz necessário um trabalho aprofundado com o casal para que tais motivações se tornem mais conscientes e que o casal busque caminhos para a resolução de seus conflitos e elaboração do fracasso vivido com a infertilidade.

Entrevista nº 3

1) Classificação do estado de mente do adulto F. com relação a apego : PREOCUPADA

2) Justificativa: M. não apresentou coerência em suas respostas, demonstrando sentimentos ambivalentes em relação a suas principais figuras de apego: mãe, pai, irmãos e marido. Demonstra ser muito preocupada com as experiências de apego do passado, aparentando raiva, mágoa, saudade, culpa e passividade com relação a estas figuras. Suas sentenças são extremamente longas e repetitivas. Gramaticalmente, suas frases são cheias de usos vagos, violando as máximas de quantidade e relevância de Gricce.

O luto pela morte repentina e precoce do pai parece ser o norteador de toda sua vivência emocional, e ao mesmo tempo que necessita muito apegar-se à alguém (filho) que lhe traga segurança e conforto, seu comportamento é de distanciamento com relação à novas figuras de apego, como o marido, a sogra (segunda mãe, sic).

O luto pela infertilidade não foi elaborado por M. que sente-se muita incomodada com o fato de não saber o porquê (ambivalência entre o diagnóstico e a esperança), bem como com o fato de não ser capaz de gerar o filho, que na sua fantasia, está relacionado ao problema vivido na adolescência.

3) CONCLUSÃO: O abandono da figura paterna e a ausência da proteção deste pai, foram experiências traumatizantes para M. que passou a justificar todas as dificuldades de sua vida em função desta perda. Sua capacidade de apegar-se comprometeu-se e permanece vinculada às figuras de apego que não existem mais, sendo que as figuras de apego presentes no momento de vida atual ficam em plano secundário de importância, e como fontes de segurança e conforto.

Entrevista nº 4

1) Classificação das condições para adoção: DESFAVORÁVEL

2) Justificativa: Segundo a classificação utilizada por Berthoud (1992), o casal infértil é considerado em condições desfavoráveis para adoção pelos seguintes motivos:

- A principal característica desfavorável do casal, é o fato de ambos ainda não terem elaborado a infertilidade, que aparentemente parece ser em função de problemas orgânicos ou psicológicos de M., uma vez que não houve um diagnóstico conclusivo dos médicos que

consultaram, bem como resultado dos tratamentos iniciados, mas que nunca foram concluídos.

- Mesmo com um forte apoio familiar (sogra), o casal parece bastante confuso, ansioso e por vezes ambivalente com relação às expectativas em relação à criança.
- a condição emocional de J. é comprometida por situações de perda e de doença vividas no passado, com a qual, relaciona o problema da infertilidade. Sua capacidade de vinculação é bastante prejudicada por sentimentos de perda e injustiça com relação à vida difícil que levou com a ausência do pai.
- a condição emocional de L. parece ser mais preservada, porém tenho poucos dados para uma análise desta natureza, uma vez que esta compareceu às entrevistas apenas uma vez.
- houve uma relutância muito grande de L. em aceitar a ideia de adoção.
- dificuldade em falar da experiência de fracasso vivida com a primeira tentativa de adoção (à brasileira). Ainda existe um sentimento de luto muito grande, principalmente para J.

3) CONCLUSÃO: Após a realização destas duas entrevistas foi possível perceber que a motivação para a adoção está relacionada tanto aos conflitos individuais de cada parceiro como à dificuldade de elaboração da infertilidade. Portanto, faz necessário um trabalho aprofundado com o casal para que tais motivações se tornem mais conscientes e que o casal busque caminhos para a resolução de seus conflitos e elaboração do fracasso vivido com a infertilidade.

Atendimentos 5, 6, 7 e 8:

4) PROGNÓSTICO: M. parece muito machucada e fragilizada pelas experiências de perda que viveu, que culminaram com a morte da mãe há dois anos atrás. Estas vivências influenciam a motivação para a adoção uma vez que a possibilidade de ter um filho indica a chance de estabelecer um vínculo que, a princípio, implica em vida e não em possibilidade de morte, além da chance de resgatar tudo que foi empenhado no sonho de ter um filho biológico. Por outro lado, demonstra-se muito disponível ao processo de terapia, e vinculada de forma positiva com a pesquisadora clínica.

O desejo de adotar está mais amadurecido para M. do que para L., que ainda apresenta muitas dúvidas e medos com relação à adoção, bem como dificuldade de elaborar a infertilidade.

Discussão dos Casos:

Capítulo 5 : Conclusão

Por meio das 2 entrevistas realizadas com os 2 casais e das 2 entrevistas realizadas com um dos parceiros de cada casal, podemos refletir acerca das motivações que levaram cada um dos casais a desejar adotar uma criança. Observou-se que no CASO A e no CASO B, apesar de existirem condições diferentes para a adoção, como por exemplo; o suporte familiar, a condição de fertilidade/infertilidade respectivamente, o relacionamento de cada casal e os conflitos pessoais pertinentes a história de cada sujeito, podemos também observar que as experiências de perdas não elaboradas são norteadores da vivência emocional de cada um dos sujeitos já analisados pelo roteiro II (Caso A - F. e Caso B - M.) e influenciam de forma considerável o padrão de apego, o desejo e a motivação para adotar. Sendo assim, torna-se pertinente a realização da intervenção proposta no método desta pesquisa, com o objetivo de propiciar um espaço de elaboração destas perdas e revisão do projeto de adoção à partir desta perspectiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AINSWORTH, M. D. S. - *Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship* in Child Development, 40, 969-1025, 1969, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

AINSWORTH, M. D. S. - *Social Development in the First Year of Life: Maternal Influences on Infant-Mother Attachment* in J. M. Tanner (org.) Developments in Psychiatric Research, Londres, Hodder & Stoughton, 1977, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E. & WALL, S. - *Patterns of Attachment: A psychological study of strange situation*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1978, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

AINSWORTH, M. D. S. e BELL, S. M. - *Attachment Exploration and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Years-Olds in a Strange Situation* - Child Development - 41:49-67, 1970, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

AINSWORTH, M. D., BLEHAR, M. C., WATERS, E., e WALL, S. - *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*, Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum, 1978, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 Apego e Perda, Martins Fontes, São Paulo, 1990.

BERTHOUD, C. M. E.- *"Filhos do Coração": O Comportamento de Apego em Crianças Adotivas*. - Dissertação de Mestrado pela PUC-SP, 1992.

BOWLBY, J. - *Maternal Care and Mental Health*. Genebra: OMS; Londres: HMSO; Nova Iorque: 1951, Columbia University Press, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, J. - *Separation anxiety* in Int. F. Psycho-Anal., 41,89-113, 1960a, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, J. - *Grief and Mourning in infancy and early childhood* in Psychoanal. Study Child, 15, 9-52, 1960b, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, J. - Separação - Angústia e Raiva. Vol. 2 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1993.

BOWLBY, J. - Perda - Tristeza e Depressão. Vol. 3 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, , 1993.

BOWLBY, J. - Formação e Rompimento dos Laços Afetivos , São Paulo, Martins Fontes, 1993.

BOWLBY, J. - *Substitute Families* in Child care and The Growth of Love, Penguin Books, Londres, 1990.

BROMBERG, M.H.P.F.- A Psicoterapia em Situações de Perda e Luto, Campinas, São Paulo, Psy II, 1994.

CASELLATO, G.S. - O Segredo sobre a Adoção e suas Consequências na Afetividade do Adulto Adotivo, Trabalho de conclusão de curso com exigência parcial para a graduação em Psicologia pela PUC-SP, 1995.

CLULOW, C. -*Who Comes First - Partner or Child ?* in Partners Becoming Parents- Talks from the Tavistock Marital Studies Institute, Londres, Sheldon Press, 1996.

DELL'ANTONIO, A. - *Seleção, Preparação e Apoio às Famílias Adotivas* - in FREIRE, F. Abandono e Adoção - Contribuições para uma Cultura da Adoção II., Curitiba, Terre des hommes, 1994.

FILHO, L. S. - Compreendendo o Filho Adotivo, Pernambuco, Bagaço, 1995.

FREUD, S. - *Mourning and melancholia*, in On methapsychology: the theory of psycho-analysis, Harmondsworth, Penguin Books, Londres, 1984.

GARMA, A. E COLABORADORES - *Mais Aleá de la Adopción*, Editorial Epilson, Bueno Aires, 1985 apud Woiler, E. - A condição Afetivo- Emocional da Criança Adotada: Repercussões na Aprendizagem, em especial na aprendizagem escolar, Tese de Mestrado pela PUC-SP, 1987.

GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

GIAMI, A. - *Reserche en psychlogie clinique ou recherche clinique* in CLAUDE, R. D. & Al. - La De'marche Clinique en Sciences Humaines; documents, méthodes, problèmes, Paris, 1989.

GIAMI, A. & SAMALIN ABROSE, C. - *O Técnico Pesquisador e o Pesquisador Interventor* - in Revault D'Alones, - La Démarque Clinique en Sciences Humaines. Bordas, Paris, 1989.

GRICE, P. - *Logic and Conversation*. In P. Cole and J.L. Moran (Eds.), Syntax and Semantics III: Speech Acts, pp. 41-58., 1975, Nova Iorque, Academic Press apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

GRICE, P. - *Studies in the way of words*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1989, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

GROSSMANN, K. E.; GROSSMANN, K. *Attachment Quality as an Organizer of Emotional and Behavioral responses in a Longitudinal Perspective*, in Parkes, C.; Marris, P.; Stevenson-Hinde, J. Attachment across the Life Cycle, Londres, Routledge, 1991.

HARLOW, H. F. - *The nature of Love* Am. Psychol., 13, 673- 85, 1958, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

ILSE, S. & BURNS, Linda, H. - Miscarriage - A Shattered Dream , MN, Lakeland Press, Deople Plain, Estados Unidos, 1985.

HARTMAN, A. - *Segredos na Adoção* - in IMBER-BLACK, E. - Os Segredos na Família e na Terapia Familiar, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

JOHNSON, J. & JOHNSON, M. - Newborn Death - For Parents experiencing the death of a very small infant, Nova Iorque, Centering Corporation, 1982.

LORENZ, K. Z. - *Der Kumpan in der Unvelt des Vogels* in J. Orn. Berl., 83, trad. ingl. in Instinctive Behavior, org. C. H. Schiller, Nova Iorque: International Universities Press, (1935) 1957, apud BOWLBY, J. - Apego. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda, São Paulo, Martins Fontes, 1990.

MACDANE, S.H.; HEPWORTH, J. & DOHERTY, W.J. - *Perda na Gravidez, Infertilidade e Tecnologia da Reprodução* em Terapia Familiar Médica - Um Enfoque Biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

MAIN, M. - *Attachment: Overview, with implications for clinical work*. In S. Goldberg, R. Muir & Kerr (Eds.). Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives, pp. 407-474, 1995, Analytic Press: Hillsdale, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3ª edição - abril de 1996.

MAIN, M.- *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research*, in Parkes, C.; Marris , P.; Stevenson-Hinde, J. Attachment across the Life Cycle, Londres, Routledge, 1991.

MAIN, M. & GOLDWYN, R. - *Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for abused-abusing intergenerational cycle.- Special Issue: Infant mental health-- from theory to intervention*. Child Abuse & Neglect, 1984, 8, 203-217, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não

publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

MAIN, M. & GOLDWYN, R. - *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished scoring manual, Department of Psychology, University of California, Berkeley, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

MAIN, M., KAPLAN, & CASSIDY, J. - *Security in Infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation*. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing Points of Attachment Theory and Research, Monographs of the Society for Research in Child Development, 1985, 50 (1-2, serial No. 209), pp. 66-104, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

MAIN, M. & SOLOMON, J. - *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation* In : Attachment in the Preschool Years: Theory, Reserch and Intervention, 1990, ed. M.T. Greenberg, D. Cichetti & E. M. Cummings, University of Chicago Press: Chicago, pp. 121-160, apud GEORGE, C., C. KAPLAN, N. & MAIN, M - Adult Attachment Interview - Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, Berkeley - 3º edição - abril de 1996.

MALDONADO, M. T.- Maternidade e Paternidade, Petrópolis, Vozes, 1990.

MARRIS, P. *The social construction of uncertainty*, in Parkes, C.; Marris , P.; Stevenson-Hinde, J. Attachment across the Life Cycle, Londres, Routledge, 1991.

PARKES, C. M. - *Bereavement and mental illness*. in British Journal of Medical Psychology, 38:126, 1965, apud BROMBERG, M. HELENA P.F.- A Psicoterapia em Situações de Perda e Luto, São Paulo, Psyll, 1994.

PARKES, C. M.e WEISS, R. S. - *Recovery from bereavement*. Nova Iorque, Basics Books, 1983, apud BROMBERG, M. HELENA P.F.- A Psicoterapia em Situações de Perda e Luto, São Paulo, Psyll, 1994.

PARKES, C. M., STEVENSON-HINDE, J. e MARRIS, P. - A Attachment Across the Life Cycle, Londres, Routhledge, 1991.

RANDO, Therese A. - Parental Loss of a Child, Estados Unidos, Champaign, Research Press Company, 1986.

ROBERTSON, J. & ROBERTSON, J. - Young Children in Brief Separation (Filme), Londres; Tavistock Institute of Human Relations, 1946.

ROSA, A. C. - *Laços de Ternura- Pesquisa mostra que a adoção no Brasil funciona melhor do que se imagina* - Reportagem apresentada no dia 18/07/1996 na revista Veja, p. 75.

SAVAGE, J. A. - Vidas Não Vividas: O sentido psicológico da perda simbólica e da perda real de um filho, São Paulo, Cultrix, 1989.

SHAPIRO, E. R. - *Family Development and Grief Therapy* in Grief as a Family Process- A Developmental Approach to Clinical Practice, Londres, The Guilford Press, 1994.

WEBER, L. N. D. e CORNÉLIO, S. A. - Filhos Adotivos: Amores ou Dissabores?- Humanas, Curitiba, nº 4, pp. 119-164, U.F.PR., 1995.

WEISS, R. - *The Attachment bond in childhood and adulthood*“, in Parkes, C.; Marris , P.; Stevenson-Hinde, J. Attachment across the Life Cycle, Londres, Routledge, 1991.

WOILER, ESTER - *A condição Afetivo- Emocional da Criança Adotada: Repercussões na Aprendizagem, em especial na aprendizagem escolar*, Tese de Mestrado pela PUC-SP, 1987.

ANEXOS

Anexo I

ROTEIRO I DE ENTREVISTA ADAPTADO

Dados iniciais : Nome, idade, profissão de cada um dos parceiros

- 1) Têm filhos? Sexo, idade, status
- 2) São casados? Há quanto tempo?
- 3) Quanto tempo depois de casados decidiram que queriam um filho? De quem foi a decisão?
- 4) Já houve alguma gravidez?
- 5) Por quê não podem ter filhos e como isso foi descoberto?
- 6) Como se sentiam a respeito?
- 7) Tentaram algum tipo de tratamento? Qual (is)?
- 8) Como chegaram à decisão de adotar uma criança? Quem tomou a decisão final? Por quê?
- 9) Como foi o processo? Quem fez os contatos? Quanto tempo demorou?
- 10) Por quê escolheram esta forma de adoção (legal ou ilegal)?
- 11) Como foi a reação de amigos e parentes? A decisão foi comunicada ou só o fizeram depois de iniciar o processo de adoção?
- 12) Em algum momento, algum de vocês teve qualquer tipo de receio ou dúvida quanto à decisão tomada?
Por quê?
- 13) Houve algum preparativo para a chegada da criança, como decoração de quarto, mudanças na rotina, etc.?
- 14) Como esperam que seja este filho?
- 15) Tem preferência por sexo? Por quê?

ANEXO II

Roteiro II de Entrevista Individual do Apego Adulto

INTRODUÇÃO: Eu vou estar entrevistando você sobre suas experiências na infância. e como estas experiências podem ter afetado sua personalidade adulta. Então, eu gostaria de perguntar-lhe sobre seu relacionamento inicial com sua família, e o que você pensa sobre o modo como isto pode ter afetado você. Nós vamos focar principalmente na sua infância, mas depois nós iremos até a sua adolescência e então ao que está acontecendo neste momento. Esta entrevista frequentemente leva quase 1 hora, mas pode levar entre 45 minutos e 1 ½ hora.

1. Pode começar ajudando-me a orientar-me na situação inicial de sua família, e onde você vivia e assim por diante? Se puder me conte em que situação você nasceu, se você mudou-se muito, o que sua família fazia em vários tempos para viver ?

2. Eu gostaria que tentasse descrever seu relacionamento com seus pais quando era criança... se puder comece de suas lembranças mais antigas?

3. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com sua mãe começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com sua mãe durante a infância. Você disse que seu relacionamento com sua mãe era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

FAZER ESTA PERGUNTA PARA CADA ADJETIVO SEGUINDO A ORDEM USADA PELO PARTICIPANTE

4. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com seu pai começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas novamente entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com seu pai durante a infância. Você disse que seu relacionamento com sua mãe era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

FAZER ESTA PERGUNTA PARA CADA ADJETIVO SEGUINDO A ORDEM USADA PELO PARTICIPANTE

5. Agora eu gostaria que você me contasse, a qual dos seus pais você se sentia mais próximo, e por quê? Por quê não existia este sentimento com o outro pai/mãe?

6. Quando você estava indisposto (emocionalmente) quando era criança, o quê você fazia?

- Você pode pensar numa situação específica?
- Você pode lembrar o que acontecia quando você se machucava fisicamente?
- Novamente, algum incidente específico lhe vem a mente? Você ficava sempre doente quando era criança? Você lembra o que acontecia?

7. Qual foi a primeira vez que você lembre de ser separada de seus pais?

- Como você respondeu? Você lembra como seus pais responderam?
- Há alguma outra separação que veio a sua mente?

8. Você senti-se rejeitado alguma vez quando era criança? É claro, olhando para trás agora, você pode perceber que não era realmente rejeição, mas o que estou tentando perguntar aqui é se você lembre ter se sentido rejeitado (colocado de lado, ignorado) na infância?

- Quantos anos você tinha quando sentiu isto pela primeira vez, e o que você fez?
- Por que você pensa que seus pais fizeram estas coisas... você pensa que ele/ela percebeu que estava rejeitando você?
- O que te assustava ou preocupava quando criança?

9. Seus pais alguma vez ameaçaram você de algum modo? Pode ser por disciplina, ou brincando?

... algumas pessoas nos dizem por exemplo que seus pais ameaçaram em deixá-los ou mandá-los para fora de casa.

10. Em geral, como você pensa que suas experiências gerais com seus pais afetaram sua personalidade adulta?

- Há algum aspecto de sua experiência inicial que você sente como um contratempo em seu desenvolvimento?
- Não há nada sobre suas experiências iniciais que você pensa que pode ter tido um efeito negativo no seu desenvolvimento?

11. Por quê você pensa que seus pais se comportaram assim durante a sua infância?

12. Há algum outro adulto com o qual você é próximo, como parentes, como uma criança?
13. Você experienciou a perda de um dos pais ou outro próximo amado quando você era criança... por exemplo, um irmão, ou um membro familiar próximo?
- Você pode me falar sobre as circunstâncias e quantos anos você tinha na ocasião?
 - Como sobre você reagiu na ocasião?
 - Esta morte foi repentina ou era esperada?
 - Você pode lembrar de seus sentimentos na ocasião?
 - Seus sentimentos em relação a esta morte mudaram muito com o passar do tempo?
 - Você assistiu ao funeral, e como foi para você?
 - Você poderia dizer qual foi o efeito (outro pai) e sobre sua família, e como isto mudou através dos anos?
 - Você diria que esta perda afetou sua personalidade adulta?
 - Como isto afeta sua aproximação com sua própria criança?
- 13a. Você perdeu outra pessoa importante durante sua infância?
- 13b. Você perdeu outras pessoas próximas, nos anos adultos?
14. Além de algumas experiências difíceis que você já descreveu há alguma outra experiência que você pode considerar como potencialmente traumático?
15. Agora gostaria de perguntar a você mais algumas questões sobre seu relacionamento com seus pais. Houveram muitas mudanças em seu relacionamento com seus pais após a infância? Nós estamos no presente no momento, mas agora eu me refiro a mudanças que ocorreram aproximadamente entre sua infância e sua vida adulta?
16. Agora gostaria de perguntar a você, o quê é seu relacionamento com seus pais para você agora como adulta? Aqui estou perguntando para você sobre seu relacionamento atual.
- Você tem muito contato com seus pais atualmente?
 - O quê você poderia dizer sobre como é seu relacionamento com seus pais atualmente?
 - Você poderia me contar sobre algum tipo de insatisfação no seu relacionamento atual com seus pais? Algum tipo de satisfação especial?
17. Eu gostaria de mudar agora para um diferente tipo de questão..não é sobre seu relacionamento com seus pais, ao contrário é sobre um aspecto de sua vida atual com crianças? Imagine que você tem uma criança de 1 ano e eu gostaria que você pensasse e me respondesse, em termos de sentimento, se você tivesse que se separar desta criança? Você pensa que poderia sentir-se preocupada com esta criança?

18. Agora gostaria de continuar a imaginar que você tem um bebê de 1 ano de idade por apenas mais um minuto. Se você tivesse 3 desejos para sua criança a serem realizados em 20 anos à partir de agora, quais seriam? Eu estou pensando particularmente no tipo de futuro que você gostaria de ver para seu filho imaginado? Eu vou te dar um minuto para pensar sobre isso.

19. Há alguma coisa em particular a qual você sente que aprendeu sobre todas as suas próprias experiências de infância? Eu estou pensando sobre algo que você sente que pode ter adquirido deste tipo de infância que teve.

20. Nós estávamos muito focados no passado durante esta entrevista, mas gostaria de terminar olhando bastante para o futuro. Nós estávamos falando sobre o que você pensa que pode ter aprendido das experiências de infância. Eu gostaria de terminar perguntando para você, o que você espera que sua imaginada criança possa aprender das experiências de ser cuidada por você?

Anexo III

Autorização

_____,
autorizam que a psicóloga *Gabriela Serrão Casellato* (CRP 06/48701-7) utilize o resultado de sua análise das sessões de terapia realizadas como instrumento de pesquisa de Mestrado realizada na PUC/SP em Psicologia Clínica.

Por outro lado, a mesma psicóloga se compromete a seguir todos os critérios éticos necessários e previstos nas leis que regem sua atuação clínica e de pesquisadora, tais como sigilo e preservação da identidade dos sujeitos.

Fica aqui estabelecido que à partir do momento que os sujeitos comunicarem à psicóloga que não se interessam mais em participar da pesquisa, esta autorização será anulada pela mesma, não alterando o contrato de atendimento psicoterápico realizado entre ambas as partes.

São Paulo , de de 1998.

ass: _____

RG: _____

ass: _____

RG: _____

Gabriela Serrão Casellato

Psicóloga

CRP 06/ 48701-7

ANEXO IV

Relato dos Casos

Caso - “João e Maria”

Nomes fictícios: Jéssica e Luís

Idade: 43 e 32 respectivamente

Profissão: Babá e operário em indústria

1) LOCAL DE ATENDIMENTO: Clínica Psicológica da PUC/SP

2) CONTATO INICIAL:

- J. e L. foram encaminhados pela Vara da Infância e Juventude da Lapa em 26/01/98. O primeiro contato se deu pessoalmente na sala de reuniões do LELu, onde o casal veio procurar informações sobre o serviço realizado. Inicialmente o casal demonstrava muita disponibilidade e interesse pelo trabalho, apesar de não terem claro qual era a proposta.

Durante 3 meses foram realizadas 10 sessões , envolvendo as entrevistas e a intervenção de psicoterapia, uma vez que as entrevistas foram consideradas parte inicial (exploração das motivações) da intervenção (psicoterapia focada, buscando promover a psicoprofilaxia do processo de adoção em questão).

Entrevista nº 1:

O casal relata que a psicóloga do Fórum encaminhou-os para um “cursinho de preparação para a adoção”. Outra expectativa colocada pelos sujeitos é que tal trabalho estaria vinculado ao andamento do processo de adoção na Vara da Infância. Neste momento, tornou-se necessário um esclarecimento à respeito da proposta do trabalho e da sua relação com o processo de adoção. ou melhor de sua “não-relação” com o mesmo.(*).

Entrevista nº 2 - Aplicação do roteiro I com Jéssica e Luís:

1) Têm filhos? Sexo, idade, status

J - Não.

2) São casados? Há quanto tempo?

J - Sim. Há 8 anos.

3) Quanto tempo depois de casados decidiram que queriam um filho? De quem foi a decisão?

J - Desde o início do casamento já queríamos ter filhos, mas não conseguimos.

4) Já houve alguma gravidez?

J - Não.

5) Por quê não podem ter filhos e como isso foi descoberto?

J - Não sabemos o porque. Há quatro anos fomos buscar ajuda, fiz um monte de exames e ele também, e não deu nada. Fomos no P.A.S., em convênio médico e até em médico particular, que é o único que estuda o problema mais a fundo, mas ele não descobriu. Agora, tenho uma idade avançada e já cansei de ir em médico.

(*) É importante colocar que tais colocações sobre o trabalho realizado passa pelo viés do sujeito; isto é aquilo que foi entendido não necessariamente foi dito, e é por isso que faz-se necessário um novo esclarecimento com os psicólogos contatados, o que será feito na primeira quinzena de março.

6) Como se sentiam a respeito?

(ambos) - Não foi fácil... (silêncio)

J - Eu queria entender o porquê. (se emociona, com lágrimas nos olhos).

7) Tentaram algum tipo de tratamento? Qual (is)?

J - Fiz um monte de exames e L. também, tomei uns remédios que o médico passou, mas nada adiantou. Ele (médico) dizia que eu podia engravidar, que não tinha nada que me impedia, e eu ficava confusa. Hoje, não quero mais tentar por causa da idade.

8) Como chegaram à decisão de adotar uma criança? Quem tomou a decisão final? Por quê?

J - Eu pensei em adotar primeiro e L. não concordou. Isso foi há uns 3 anos atrás. Até que em Jandira apareceu uma mãe que queria entregar o bebê depois que ele nascesse. L. aceitou pegar a criança e começamos a ajudar a mãe durante a gestação.

L - Um pouco antes do bebê nascer ela (mãe) desistiu e J. ficou muito mal.

J - Aí, resolvemos fazer uma adoção certinha, legal, não quero o filho de ninguém, de nenhum parente ou conhecido, porque já entendi que pode ser complicado.

9) Como foi o processo? Quem fez os contatos? Quanto tempo demorou?

L - Fomos até o Fórum de Santana e lá fomos muito mal recebidos e desisti. A psicóloga me fez sentir como se estivesse fazendo algo errado em querer adotar uma criança. Depois de um tempo (1 ano), fomos até o Fórum da Lapa e lá fomos muito bem tratados e na primeira entrevista a psicóloga pediu para a gente vir até aqui falar com você. Não viemos, e quando retornamos lá, ela disse que nada ia acontecer se não fizéssemos este trabalho.

10) Por quê escolheram esta forma de adoção (legal ou ilegal)?

J - Porque com aquela história da mãe que desistiu de dar o bebê, não queremos mais arriscar.

11) Como foi a reação de amigos e parentes? A decisão foi comunicada ou só o fizeram depois de iniciar o processo de adoção?

(a) - Todos dão a maior força...

J - Principalmente minha sogra.

12) Em algum momento, algum de vocês teve qualquer tipo de receio ou dúvida quanto à decisão tomada? Por quê?

L - Eu tive, porque não sabia como era.

13) Houve algum preparativo para a chegada da criança, como decoração de quarto, mudanças na rotina, etc.?

J - Da primeira criança houve. Compramos roupinhas, fraldas, só não comprei o berço. (se emociona). Agora só vamos comprar quando ele (bebê) vier.

14) Como esperam que seja este filho?

J - Calmo, tranquilo, amoroso...

L - Não sei, não pensei, do jeito que for, está bom.

15) Tem preferência por sexo? Por quê?

(a) - Queremos uma menina de uns 3 anos.

J - Porque sempre quis ter uma menina, e porque a psicóloga disse que nesta idade é mais fácil para eu conseguir, porque também já tenho idade.

Entrevista nº 3: Aplicação do Roteiro II (A.A.I.) com Jéssica:

Entrevistadora : Eu vou estar entrevistando você sobre suas experiências na infância. e como estas experiências podem ter afetado sua personalidade adulta. Então, eu gostaria de perguntar-lhe sobre seu relacionamento inicial com sua família, e o que você pensa sobre o modo como isto pode ter afetado você. Nós vamos focar principalmente na sua infância, mas depois nós iremos até a sua adolescência e então ao que está acontecendo neste momento. Esta entrevista frequentemente leva quase 1 hora, mas pode levar entre 45 minutos e 1 ½ hora.

1. Pode começar ajudando-me a orientar-me na situação inicial de sua família, e onde você vivia e assim por diante? Se puder me conte em que situação você nasceu, se você mudou-se muito, o que sua família fazia em vários tempos para viver ?

Minha infância foi marcada pela perda do meu pai aos 7 anos, que faleceu devido a um ataque cardíaco. Desde então, minha vida mudou muito, pois minha mãe ficou sozinha com 3 filhos e teve que trabalhar. Eu e os meus irmãos trabalhávamos na roça e não podíamos estudar, até porque minha mãe não achava necessário. E você sabe, né, a cabeça da casa é o homem. Mas para minha mãe, foi muito difícil e ficamos sobrevivendo assim. Meu irmão mais velho foi viver no Paraná e a gente ficou lá no Norte e foi uma vida difícil. Era 5:30 hs e eu já estava saindo para a roça. Minha mãe não quis casar e ela foi uma grande mãe

mesmo. Aí meu cunhado veio trabalhar em São Paulo e mais tarde eu vim para cá, através dele. E tudo isso eu passei, porque eu não tinha pai. Tive problemas de saúde sério e o pessoal do Norte não dava importância, mas se meu pai estivesse vivo, eu não teria sofrido tanto. Com 16 anos eu vim para cá, com minha irmã e meu cunhado. Foi uma vidinha difícil, e eu chegava a querer desistir. Eu não estava acostumada a viver num lugar apertado, pois lá no sítio era bem maior. Aí, eu trabalhando eu comecei a melhorar de vida. Quando eu casei, eu tinha certeza que ia conseguir um lugar só meu para morar, e graças a Deus, eu consegui. Então, minha infância foi essa.

2. Eu gostaria que tentasse descrever seu relacionamento com seus pais quando era criança... se puder comece de suas lembranças mais antigas?

Eu lembro mais com a minha mãe. Mas com meu pai, eu lembro que ele queria que meu irmão mais novo fosse homem para eu continuar sendo a caçula. E minha mãe quando perdeu o marido, podia ter perdido a cabeça e largar os filhos, mas ela se dedicou para cuidar da gente. E ela foi ensinando tudo para a gente, e ela viu a gente crescer junto com ela.

Uma vez eu e meus irmãos estávamos em casa e deixamos o feijão queimar, aí meu pai chegou em casa e puxou a orelha dos três. Foi a única vez que ele ficou bravo.

Minha mãe foi muito carinhosa e muito boa para mim.

3. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com sua mãe começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

Quando o meu irmão machucou a mão e minha mãe se apavorou;

Eu era a mais quietinha da família;

Eu era muito apegada a ela e ela a mim.

A minha cunhada acha que minha mãe gostava mais de mim do que do meu irmão. Eu não acho, mas eu ficava muito com ela e ficamos apegadas. Meus irmãos sentiam um pouco de ciúmes. Minha mãe era muito caseira e eu também sou, por isso a gente se apegou muito.

Minha mãe gostava muito do Norte, tinha a vida dela por lá. Então, todo ano eu viaja para lá, para ficar com ela. Eu fiquei muito dividida com ela morando lá. Ela trabalhava bastante e

eu não achava normal ela trabalhar daquele jeito e que os filhos tinham que ajudá-la. Até que um dia, ela veio para cá com minha sobrinha passar férias. Aí eu conversei com ela, e eu ainda era solteira e ela veio viver comigo e com minha sobrinha. Ela ficava arrumando a casa e eu fui sentindo que ela não era mais a mesma pessoa, ficava dentro de casa, sem amizades, estranhando a vida aqui. Aí ela foi acostumando, até que a gente casou. Conversei com minha irmã para ver quem ia ficar com minha mãe, porque nós somos filhas. Nesta época, a gente já estava construindo uma casa com 2 cômodos e falei com L. - “Ela é minha mãe e você vai ter que escolher” - Aí ele aceitou e tudo bem. Depois de um tempo o L. também quis trazer a mãe dele para morar com a gente, e eu concordei. As duas se davam muito bem, graças a Deus... As duas sempre ajudaram a gente, minha sogra sempre ajudou a gente.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com seu pai durante a infância. Você disse que seu relacionamento com seu pai era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

Alguma lembrança sobre a preocupação dela com você?

Quando eu tava virando mocinha. Todo mundo achando que era algo simples. Eu sentia muita dor e ela ficou muito preocupada.

Alguma lembrança sobre o apego dela em relação à você?

Às vezes eu ficava de cama com as dores e até com febre mesmo. Aí, às vezes vinha minha irmã e meu irmão ficar comigo e então, eles viam que era sério e ela vinha ficar comigo. Eu lembro que quando a gente casou eu queria que ela ficasse um pouco com meus irmãos, por causa do começo do casamento. Mas ela não queria ficar com eles, só comigo e eles também não queriam ficar com ela, então ela ficou comigo, mesmo na lua-de-mel. O L. ficou super chateado, porque não tivemos liberdade.

4. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com seu pai começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas novamente entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

Tenho pouco para contar. Nesta época que meu irmão nasceu, ele veio e me abraçou e ficou feliz por ter sido um menino e eu continuaria a ser a caçula. Eu me achava um pouco especial neste dia em relação aos outros irmãos.

Eu só lembro desta vez. Ele não gostava de bater na gente, era bastante carinhoso no pouco tempo que ficava com a gente. Lembro de quando ele veio a falecer e ficamos apavorados. Se eu tivesse meu pai vivo eu não tinha passado por tudo isso. Ele era apegado comigo, mas com os outros também. Quando minha irmã casou, ele disse para meu cunhado”. A única coisa que eu quero é que você não maltrate minha filha”.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com sua mãe durante a infância. Você disse que seu relacionamento com sua mãe era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

Quando ele bateu na gente, foi bom, porque logo ele ficou arrependido, mas foi difícil, e o meu irmão fez xixi na cama.

Às vezes a gente lembra quando conversamos. A gente lembra desta vez. Eu não lembro a minha reação, mas tenho saudade (chora).

- Parece que quando você fala dele , parece que ele deixou um buraco muito grande, te deixou sozinha e desprotegida?

(Afirma com a cabeça)

Com um pai seria tudo diferente. Com ele, a minha mãe não teria vindo para cá.

Não é São Paulo que faz a gente ficar diferente, é a vida. (continua emocionada).

- O que mais você acha que seria diferente?

Eu não ficaria doente tanto tempo. Só aqui em São Paulo, minha cunhada me levou no médico dela e ele resolveu o meu problema, que eu achava que era coisa do outro mundo. Com meu pai seria difícil acontecer, isto porque, minha mãe não queria vir para cá e eu não descobri o que era por lá.

Hoje eu ajudo meu irmão lá do Paraná, que nunca tinha me ajudado, porque não penso no passado.

5. Agora eu gostaria que você me contasse, a qual dos seus pais você se sentia mais próxima, e por quê? Por quê não existia este sentimento com o outro pai/mãe?

Com minha mãe, nós sempre fomos muito apegadas. Porque perdi meu pai muito cedo.

6. Quando você estava indisposta (emocionalmente) quando era criança, o quê você fazia?

Uma vez eu cortei este dedo (mostra o indicador da mão esquerda). Eu lembro que quem me dava mais força era esse meu irmão do Norte. Mas eu me lembro que eram as pessoas que chamavam por ajuda.

- Novamente, algum incidente específico lhe vem a mente?

Com o problema da menstruação eu falei com minha mãe. Mas não foi fácil, falar com as pessoas antiga. Eu tinha 16 anos e eu achava que a época já estava passando, mas ela achava normal. Isto porque, as pessoas do interior não entendiam muito. Foi difícil. Ela dizia que até os 17 anos viria. Mas eu sentia muita cólica. Hoje eu ainda sinto, mas só quando está calor. Só que eu sentia aquelas dores e não sabia o que era, tinha só 16 anos. Doía para fazer xixi, e eu até chorava, e aquilo foi piorando mais ainda. Aí o médico resolveu o problema.

- Você ficava sempre doente quando era criança? Você lembra o que acontecia?

Eu não ficava doente. Só fiquei doente mesmo, com este problema da menstruação, que resolvi com uma cirurgia.

7. Qual foi a primeira vez que você lembre de ser separada de seus pais?

Da minha mãe, porque meu pai já faleceu. (ri)

- Como você respondeu? Você lembra como seus pais responderam?

Foi difícil. Eu não conhecia nada de São Paulo e vim morar aqui com minha irmã, para arranjar um serviço. Eu achava a vida aqui muito ruim.

Quando eu casei, também fiquei muito sozinha, porque o L. trabalhava o dia todo. Aí eu deitava e ficava pensando na minha mãe e foi aí, que eu arrumei este serviço de babá que estou saindo agora.

- Há alguma outra separação que veio a sua mente?

Quando eu morava lá com a minha irmã, eu tinha que ir de ano em ano ver minha mãe. Era difícil. Dava para eu agüentar, mas não dava para ficar sem ir lá, pelo menos uma vez no ano.

8. Você senti-se rejeitada alguma vez quando era criança? É claro, olhando para trás agora, você pode perceber que não era realmente rejeição, mas o que estou tentando perguntar aqui é se você lembre ter se sentido rejeitada (colocada de lado, ignorada) na infância?

Não. Lembro que quando eu fui morar junto com o meu irmão e minha sobrinha, eu ficava com ciúmes porque minha mãe só incentivava o meu irmão ir para a escola e eu cobrava dela mais atenção.

- Quantos anos você tinha quando sentiu isto pela primeira vez, e o que você fez?

Eu tinha mais ou menos 16 anos.

- Por que você pensa que seus pais fizeram estas coisas... você pensa que ele/ela percebeu que estava rejeitando você?

Não acho que ela gostava mais dele do que de mim, é que a preocupação de mãe é tudo igual, mas ela pensava que mulher era diferente.

- O que te assustava ou preocupava quando criança?

Eu tinha medo de ficar sozinha.

9. Seus pais alguma vez ameaçaram você de algum modo? Pode ser por disciplina, ou brincando?... algumas pessoas nos dizem por exemplo que seus pais ameaçaram em deixá-los ou mandá-los para fora de casa.

Não lembro.

10. Em geral, como você pensa que suas experiências gerais com seus pais afetaram sua personalidade adulta?

Marcou porque já não tenho mais eles. A gente queria ter eles junto com a gente, mas não é possível. Se eles estivessem, seria mais fácil, um pouco melhor. Mas você sabe, né, quando a doença chega ela não espera. principalmente com a minha mãe, que ficou doente e eu a perdi com 41 anos. Eu vivi mais com ela, mesmo ela tendo a casinha dela do lado da minha, mas ela ficava sempre comigo enquanto o L. trabalhava. Quando ela ficou doente eu estava trabalhando.

- O que ela teve?

Ela teve... câncer no estômago, mas quando a gente foi num médico bom, já não teve mais jeito e a úlcera nervosa virou um câncer. Ela ainda viveu um ano, depois que descobriu que estava doente. Mas o dela não foi maligno, porque ela não teve os sintomas que as pessoas diziam que ela ia ter. Eu ficava apavorada e emagreci muito. Graças a Deus não chegou a acontecer e era eu que cuidava dela, dava banho, comida. Foi um ano todo correndo com ela para o hospital. Ela tinha 63 anos, e por não ser tão nova ela se entregou para a doença e ela não lutou para ficar boa, porque eu não acredito que foi um câncer

maligno, eu não acredito mesmo, porque é muito feio. Teve uma época que o meu irmão da Bahia veio para me ajudar a cuidar dela e foi muito bom.

- Quando ela faleceu como você reagiu?

Foi muito duro. A gente não esquece, não é Gabriela? Eu não queria chorar hoje, mas... Eu não queria esquecer, às vezes eu sonho com ela, e meus irmãos homens não falam do assunto, mas devem lembrar. Às vezes, eu sonho com ela bem de saúde e às vezes, sonho com ela doente. No começo foi muito difícil. Eu tive mais força da minha sogra e do meu esposo. As pessoas da igreja também me deram muita força. Mas eu não consigo esquecer, porque ela viveu mais comigo. E tudo traz muita lembrança. Quando eu subi para a casa de cima, ficou melhor, porque as coisas mudaram.

- Como você lembra dela hoje?

Às vezes a gente conversa ou eu sonho com ela. Vejo as fotos, apesar de não gostar de olhar para elas, porque vai trazer mais lembrança para a pessoa. Eu falo para o meu esposo, e ele diz que eu sonho porque fico com ela na cabeça, mas eu não concordo com ele.

A gente chegou a levá-la num médico particular, mesmo sendo difícil, porque queríamos um atendimento melhor.

- Há algum aspecto de sua experiência inicial que você sente como um contratempo em seu desenvolvimento?

Acho que foi bem difícil viver deste jeito. Se meu pai estivesse vivo, tudo seria diferente. Eu senti muito a parte de estudo, mas por outro lado, eu penso na situação da minha mãe. Mas morando no sítio, era muito difícil o acesso a escola. Mas meu irmão mais velho, também atrapalhou, porque não deixou eu estudar.

- Não há nada sobre suas experiências iniciais que você pensa que pode ter tido um efeito negativo no seu desenvolvimento?

Não.

11. Por quê você pensa que seus pais se comportaram assim durante a sua infância?

Minha mãe pensava como gente do interior e meu irmão achava que eu não ia estudar, e ia namorar na escola.

12. Há algum outro adulto com o qual você é próximo, como parentes, como uma criança?

Como assim?

- Existe um outro adulto que você confia e pode contar?

Meu irmão que viveu comigo. Eu esqueço que ele não me deixou estudar e lembro das coisas boas. A gente continua com a mesma amizade.

13. Você experienciou a perda de um dos pais ou outro próximo amado quando você era criança... por exemplo, um irmão, ou um membro familiar próximo?

Sim, do meu pai.

- Você pode me falar sobre as circunstâncias e quantos anos você tinha na ocasião?

Sete anos, e morávamos no sítio.

- Como sobre você reagiu na ocasião?

Eu, com 7 anos, me senti aflita, mesmo não entendendo direito o que tava acontecendo. Foi difícil.

- Esta morte foi repentina ou era esperada?

Foi de repente. Ele tava trabalhando na roça e as pessoas que estavam lá é que socorreram. Ele morreu muito novo. Hoje, eu vou no médico por qualquer coisa, não fico esperando ser grave. Até porque, minha mãe ficou doente e a gente descobriu tarde demais. Eu queria que ela falecesse em casa, mas o médico não deixou. Por outro lado, se ela tivesse falecido em casa, eu tinha medo que as pessoas dissessem que ela faleceu sem conforto. Eu penso nisso, me sinto culpada por ela ter ficado no hospital, porque eu sentia que ela queria ir embora de lá. Mas as pessoas me diziam que seria pior para mim, se ela viesse a falecer, porque eu ia lembrar de coisas muito tristes.

- Você pode lembrar de seus sentimentos na ocasião?

Angústia.

- Seus sentimentos em relação a esta morte mudaram muito com o passar do tempo?

Não.

- Você assistiu ao funeral, e como foi para você?

Sim. Me lembro como se fosse hoje. A criança de 7 anos sente e entende o que está acontecendo. Eu não esqueci, é difícil esquecer.

- Você poderia dizer qual foi o efeito (outro pai) e sobre sua família, e como isto mudou através dos anos?

Foi difícil, porque tudo mudou para minha mãe e para a gente.

- Você diria que a perda do seu pai afetou sua personalidade adulta?

Sim. Mudou. Porque as coisas mudaram. Eu tenho certeza que ele não iria deixar eu ficar sofrendo tanto com o meu problema, jamais ele iria deixar.

- Como isto afeta sua aproximação com sua própria criança?

Não entendi.

- Como você acha que este sofrimento pela perda do seu pai pode influenciar no seu contato com uma criança?

Influenciou muito, e teve época que eu não me achava normal.

- Como você acha que isso pode afetar sua relação com uma criança?

A minha infância me deu bastante experiência, e se eu tiver um filho serei muito preocupada com ele. Eu já sou assim com as crianças que conheço, e critico as mães para elas ficarem atentas com os filhos, porque se fossem meus, eu não ia deixar correr perigo. Não sei se foi a minha infância ou se é um jeito meu, porque não vou deixar para amanhã para ver o que tem de errado.

13a. Você perdeu outra pessoa importante durante sua infância?

Não.

13b. Você perdeu outras pessoas próximas, nos anos adultos?

Sim minha mãe. Eu não quis ir ao cemitério e minha irmã não entendeu, mas eu já tinha feito tudo por ela em vida, e agora já não adianta mais. Se eles não fizeram, isso era problema deles. Tinha dia, que a gente ia para a Santa Casa às 5 hrs e voltava às 18 hrs, sem almoço e sem café. Então, hoje eu não vou em todas as datas no cemitério, não adianta eles reclamarem. Ano que vem, vai fazer três anos e a gente vai ter que tirar ela de lá. Eu

penso em participar da retirada dos ossos, mas não sei se vou superar. Quando ela faleceu eu tive que viajar; (chora) pedi as contas e fui para o Norte. Minha sogra me deu muita força e viu que eu estava muito abatida e precisava viajar. Esta viagem me fez muito bem, porque fazia 10 anos que eu não ia para lá, e eu voltei outra pessoa.

Quando a gente casou e descobrimos que eu não podia ter filhos eu já pensava em adoção. Aí, quando eu fui na psicóloga do Fórum, ela achou que eu queria adotar uma criança porque eu ainda tava muito angustiada com a morte da minha mãe, mas não é isso, não é isso. .. Porque quando minha mãe ainda era viva, eu já tava correndo atrás com a outra criança. Ela também achava que eu tava angustiada por causa dessa criança. Eu tentei também adotar uma menina bem pobrezinha, mas o pai não deixou. Aí, a gente conversou com as pessoas que sabiam como eu podia adotar.

- Nessa época o L. já estava de acordo?

Sim. Ele só foi no começo, mas eu conversei com ele e ficou tudo bem, porque ele tinha alguns medos sobre a criança, mas eu conversei com ele, pois depende da criança. Uma criança adotiva pode dar problema como um filho normal. Quando eu fui lá para Jandira, eu já me sentia mãe daquela menina, correndo para comprar as coisas para ela, então, o que importa é o sentimento e a educação que a gente passa para o filho adotivo.

14. Além de algumas experiências difíceis que você já descreveu há alguma outra experiência que você pode considerar como potencialmente traumático?

Sim. A primeira tentativa de adoção que a gente fez e não deu certo.

15. Agora gostaria de perguntar a você mais algumas questões sobre seu relacionamento com seus pais. Houveram muitas mudanças em seu relacionamento com seus pais após a infância? Nós estamos no presente no momento, mas agora eu me refiro a mudanças que ocorreram aproximadamente entre sua infância e sua vida adulta?

Não.

16. Agora gostaria de perguntar a você, o quê é seu relacionamento com seus pais para você agora como adulta? Aqui estou perguntando para você sobre seu relacionamento atual.
Não foi feita pelo fato da entrevistado não ter os pais vivos atualmente.

17. Eu gostaria de mudar agora para um diferente tipo de questão...não é sobre seu relacionamento com seus pais, ao contrário é sobre um aspecto de sua vida atual com crianças? Imagine que você tem uma criança de 1 ano e eu gostaria que você pensasse e

me respondesse, em termos de sentimento, se você tivesse que se separar desta criança? Você pensa que poderia sentir-se preocupada com esta criança?

Seria muito difícil passar por isso de novo, porque você se apegou.

18. Agora gostaria de continuar a imaginar que você tem um bebê de 1 ano de idade por apenas mais um minuto. Se você tivesse 3 desejos para sua criança a serem realizados em 20 anos à partir de agora, quais seriam? Eu estou pensando particularmente no tipo de futuro que você gostaria de ver para seu filho imaginado? Eu vou te dar um minuto para pensar sobre isso.

Em primeiro lugar, estudo e disciplina. Ter uma vida regular e não passar pelo que eu passei, porque uma criança sente. Se ela tem 7 anos e fica doente, e eu não me preocupo e não levo ela ao médico... eu sei o que eu passei. Se eu deixar uma criança passar por isso, ela vai sentir, e vai ficar lembrando o que eu não fiz por ela. E em terceiro lugar, quero que tenha uma vida boa.

19. Há alguma coisa em particular a qual você sente que aprendeu sobre todas as suas próprias experiências de infância? Eu estou pensando sobre algo que você sente que pode ter adquirido deste tipo de infância que teve.

Sim. Tudo isso me fez aprender muita coisa. Foi difícil, e o que eu puder fazer para não passar mais por isso, eu vou fazer.

20. Nós estávamos muito focados no passado durante esta entrevista, mas gostaria de terminar olhando bastante para o futuro. Nós estávamos falando sobre o que você pensa que pode ter aprendido das experiências de infância. Eu gostaria de terminar perguntando para você, o que você espera que sua imaginada criança possa aprender das experiências de ser cuidada por você?

Ela poderá viver melhor e não passar pelas coisas que eu passei, porque eu vou cuidar muito bem dela, protegendo e cuidando.

Entrevista nº 4: Aplicação do Roteiro II (A.A.I.) com Luís:

Entrevistadora : Eu vou estar entrevistando você sobre suas experiências na infância. e como estas experiências podem ter afetado sua personalidade adulta. Então, eu gostaria de perguntar-lhe sobre seu relacionamento inicial com sua família, e o que você pensa sobre o modo como isto pode ter afetado você. Nós vamos focar principalmente na sua infância, mas depois nós iremos até a sua adolescência e então ao que está acontecendo neste momento. Esta entrevista frequentemente leva quase 1 hora, mas pode levar entre 45 minutos e 1 ½ hora.

1. Pode começar ajudando-me a orientar-me na situação inicial de sua família, e onde você vivia e assim por diante? Se puder me conte em que situação você nasceu, se você mudou-se muito, o que sua família fazia em vários tempos para viver ?

Que eu me lembre a gente morava na Cachoeirinha, morava eu, minha irmã meu pai, minha mãe. Foi duro. Meu pai era segurança do Horto e a gente estudava. No total, éramos para ser 8 irmãos, mas somos apenas dois, porque seis faleceram. A vida nossa foi dura. Mas o estudo para o meu pai era em primeiro lugar. Mas só, que meus irmãos começaram a falecer e ele ficou muito triste. Quando morreram dois irmãos e um, era xodó dele, em menos de uma semana, ele ficou muito triste. Dois meses após, ele faleceu. Ele não queria que eu trabalhasse mas aí, eu tive que trabalhar para ajudar minha mãe. Foi duro. Ela também não queria que eu trabalhasse, mas com 11 anos eu comecei a trabalhar. Saí da Cachoeirinha e fomos viver de aluguel. A casa pegou fogo e falam que foi de propósito. Perdemos tudo. Fomos para a casa do meu tio e eu continuava trabalhando. Saí da firma e fiquei um ano desempregado e só depois, voltei a trabalhar. Foi neste lugar que eu conheci a J. Minha mãe trabalhava de doméstica, mas só depois que meu pai morreu.

2. Eu gostaria que tentasse descrever seu relacionamento com seus pais quando era criança... se puder comece de suas lembranças mais antigas?

Com meu pai era sempre muito bom, apesar dele ser muito rigoroso, porque praticamente eu não tive infância. Não podia brincar e sair com o pessoal, mas ele queria mais que a gente estudasse. Podia até brincar, mas na hora em que ele chegava em casa a gente tinha que estar estudando.

Chi!! Com a mãe era 100%. O que ela fez por mim, hoje eu tenho que fazer por ela, porque se não fosse ela... Começou a trabalhar para cuidar da gente.

3. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com sua mãe começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

O que eu posso dizer? É uma super-mãe; carinhosa; tem afeto com os filhos; amor; precisão; o que ela pode, e se estiver ao seu alcance ela faz.

O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com sua mãe durante a infância. Você disse que seu relacionamento com sua mãe era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

É uma super-mãe : cuidou de 8 filhos, perdeu 6 e o marido, e ainda cuidou de dois filhos sozinha. Só isso já justifica. Mas eu queria trabalhar para ajudar ela, mas ela não queria.

Carinhosa: Não sei.

Tem afeto com os filhos: quando a gente saía, ela tava sempre acordada esperando.

Amor: sempre demonstrou.

Precisão; o que ela pode, e se estiver ao seu alcance, ela faz. Às vezes eu preciso dela e ela sempre me ajuda. Uma vez, eu conheci uma menina que era separada e tinha um filho. Comecei a namorar ela e minha mãe dava conselhos. Aprendi isso com ela e hoje dou tudo que eu não tive, e dou aos meus sobrinhos.

4. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com seu pai começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas novamente entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

Exigente; rigoroso; ensinava a tocar violão; muito rigoroso. Eu lembro muito pouco dele.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com sua mãe durante a infância. Você disse que seu relacionamento com sua mãe era (usar

a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

Exigente e rigoroso: era rigoroso nos estudos e em termos de má companhia. Não queria que a gente se misturasse com eles, nem com os primos, porque ele preferia que a gente ficasse dentro de casa.

Eu lembro muito pouco dele.

5. Agora eu gostaria que você me contasse, a qual dos seus pais você se sentia mais próximo, e por quê? Por quê não existia este sentimento com o outro pai/mãe?

À minha mãe. Como posso explicar... ela não era tão rigorosa como meu pai, era mais carinhosa. Ele não chegava a ser carinhoso, mas também não batia, xingava ou falava alto.

6. Quando você estava indisposto (emocionalmente) quando era criança, o quê você fazia?

Falava com minha mãe.

- Você pode pensar numa situação específica?

Teve uma vez que eu fiquei doente à noite com muita febre. Não tinha ninguém em casa, só minha mãe, porque meu pai tava fazendo hora extra. Depois quando ele chegou, me levou para o hospital. Só foi essa vez.

- Novamente, algum incidente específico lhe vem a mente?

Não.

- Você ficava sempre doente quando era criança? Você lembra o que acontecia?

Não.

7. Qual foi a primeira vez que você lembre de ser separado de seus pais?

Nunca houve. A não ser, quando casei. Saí da Cachoeirinha, mas depois de um ou dois anos trouxe ela para morar comigo.

- Como você respondeu? Você lembra como sua mãe respondeu?

Nossa... eu lembro que a J. ficou doida, porque batia uma saudade todo dia. Todo final de semana eu ia ver ela. Ela achava que eu só pensava na minha mãe. Sempre vivi com

minha mãe e eu não sei ficar longe dela. Não gosto de ficar sem ela. Ela chorou demais. lá em casa e chorava, saía de lá chorando. A minha irmã morava junto, mas não adiantava.

- E sua irmã é apegada a sua mãe?

É, menos que eu. Disse que quando casar, vai querer levar minha mãe, mas eu não deixo não.

- Há alguma outra separação que veio a sua mente?

Acho que minha mãe ficou 6 meses fora. Eu ficava louco, ligava todo dia, queria saber como ela tava e se precisava de alguma coisa. Atrapalhava tudo; o trabalho e em casa. Só ficava pensando nisso.

- Como foi quando você casou?

Foi por parte de J.. Ela morava com a sobrinha e não se dava bem com ela. Nós casamos...acho que dia 19 de janeiro. Eu gostava muito dela, como gosto até hoje. Tudo o que tenho hoje, eu devo a ela.

Quando eu decidi casar, conversei com a minha família. Falei com a minha mãe que ela era 10 anos mais velha que eu, mas minha mãe aceitou. Eu senti por ela. Meu tio também deu o maior apoio.

8 . Você senti-se rejeitado alguma vez quando era criança? É claro, olhando para trás agora, você pode perceber que não era realmente rejeição, mas o que estou tentando perguntar aqui é se você lembre ter se sentido rejeitado (colocado de lado, ignorado) na infância?

Não. Já me senti sim. Pela minha tia, quando eu fui morar com eles e principalmente quando o meu pai morreu. Quando ele morreu, ela falava que a gente precisava sair e me senti rejeitado por ela. Ela queria mais dinheiro. Aí, quando eu comecei a trabalhar, fui morar em outro lugar. Quando meu pai tava vivo, ela tratava a gente assim...depois.... A gente continuou conversando, mas ficamos bem afastados. Ela deu a entender que despejou a gente.

- Quantos anos você tinha quando sentiu isto pela primeira vez, e o que você fez?

Uns 17 anos.

- Você pensa que ela percebeu que estava rejeitando você?

Sim e fez por dinheiro.

- O que te assustava ou preocupava quando criança?

Nada.

9. Seus pais alguma vez ameaçaram você de algum modo? Pode ser por disciplina, ou brincando?

... algumas pessoas nos dizem por exemplo que seus pais ameaçaram em deixá-los ou mandá-los para fora de casa.

A única coisa que meu pai exigia era fazer os deveres de casa. Fora isso não havia ameaça. Só levava uns puxões de orelha... Eu levava muito e tinha medo de levar. Com a minha mãe não, nunca foi de bater. Se fosse desobediente, sim.

10. Em geral, como você pensa que suas experiências gerais com seus pais afetaram sua personalidade adulta?

Tanto meu pai como minha mãe me influenciaram. Se meu pai não fosse rigoroso, se não ligasse para a gente, eu não seria o que sou hoje.

- Há algum aspecto de sua experiência inicial que você sente como um contratempo em seu desenvolvimento?

Não.

- Não há nada sobre suas experiências iniciais que você pensa que pode ter tido um efeito negativo no seu desenvolvimento?

Não.

11. Por quê você pensa que seus pais se comportaram assim durante a sua infância?

Boa pergunta. Não sei. Ele trabalhava na roça, estudo não tinha, mas qualquer coisa que você perguntava para ele, ele sabia. Tinha assinatura de médico. Mas acho que ele queria as coisas certas, só não sei porquê.

12. Há algum outro adulto com o qual você é próximo, como parentes, como uma criança?

Este tio, que hoje mora em Bragança. Foi o meu segundo pai, pegou a gente quando a casa pegou fogo. Eu devo muito à ele.

13. Você experienciou a perda de um dos pais ou outro próximo amado quando você era criança... por exemplo, um irmão, ou um membro familiar próximo?

Sim. Meus irmãos e meu pai. O meu tio que era padre.

- Você pode me falar sobre as circunstâncias e quantos anos você tinha na ocasião?

Eu tinha entre 19 e 20 anos.

- Como sobre você reagiu na ocasião?

A morte do meu pai foi um baque. Ele teve um ataque em casa. Mas não lembro como foi minha reação.

- Esta morte foi repentina ou era esperada?

Repentina.

- Você pode lembrar de seus sentimentos na ocasião?

Não.

- Seus sentimentos em relação a esta morte mudaram muito com o passar do tempo?

Não. Sempre senti do mesmo jeito. Até hoje falo com minha irmã sobre ele, lembro dele, sinto ainda.

- Você assistiu ao funeral, e como foi para você?

Sim. Eu já tinha ido no da minha avó, mas não lembro, porque quem cuidou de tudo foi meu tio.

- Você poderia dizer qual foi o efeito (outro pai) e sobre sua família, e como isto mudou através dos anos?

Mudou tudo. Tivemos que mudar o jeito de viver, trabalhar, mudar de casa. Mas não mudou muito com o passar do tempo.

- Você diria que esta perda afetou sua personalidade adulta?

Sim. O modo de agir, de pensar, o que eu sou hoje. Tudo.

- Como isto afeta sua aproximação com sua própria criança?

O meu pai não era de brincar. Quando vem as crianças eu quero dar alguma coisa que eu não tive. Então, eu dou tudo para ver aquela criança feliz. Este final de semana eles foram em casa para ficar comigo.

13a. Você perdeu outra pessoa importante durante sua infância?

O tio que era padre. Foi uma perda muito grande.

13b. Você perdeu outras pessoas próximas, nos anos adultos?

Não.

14. Além de algumas experiências difíceis que você já descreveu há alguma outra experiência que você pode considerar como potencialmente traumático?

Sim. Quando queimou a nossa casa e eu nem sabia o que fazer, só tinha 16 ou 17 anos. Outra experiência foi quando fiquei desempregado e quando minha mãe foi assaltada. Teve muitas coisas...

15. Agora gostaria de perguntar a você mais algumas questões sobre seu relacionamento com seus pais. Houveram muitas mudanças em seu relacionamento com seus pais após a infância? Nós estamos no presente no momento, mas agora eu me refiro a mudanças que ocorreram aproximadamente entre sua infância e sua vida adulta?

Não.

16. Agora gostaria de perguntar a você, o quê é seu relacionamento com sua mãe para você agora como adulto? Aqui estou perguntando para você sobre seu relacionamento atual.

Maravilhoso. Ela participa de tudo.

- Você tem muito contato com seus pais atualmente?

Sim. Ela mora comigo e com a J..

- Você poderia me contar sobre algum tipo de insatisfação no seu relacionamento atual com seus pais? Algum tipo de satisfação especial?

Apenas satisfação. Ela me dá conselho e eu fico mais solto com ela. Não tenho essa liberdade com a J.

17. Eu gostaria de mudar agora para um diferente tipo de questão...não é sobre seu relacionamento com seus pais, ao contrário é sobre um aspecto de sua vida atual com crianças? Imagine que você tem uma criança de 1 ano e eu gostaria que você pensasse e me respondesse, em termos de sentimento, se você tivesse que se separar desta criança? Você pensa que poderia sentir-se preocupada com esta criança?

Seria duro. Como se arrancassem um pedaço de você. Pega amor, carinho, amizade e aí tiram ela de você. Lutaria por ela, ia ver o que está acontecendo.

Na nossa primeira tentativa eu fiquei muito triste. Para mim acabou (chorou). Foi muito forte... é muito triste. Ninguém sabe, nem a J., como eu me senti. Até hoje eu sinto. Você fica

sem esperança, na expectativa (continua chorando). Acho que não falei para ninguém, porque sou fechado e porque foi a J. que sofreu mais.

- Quando você pensou em adotar novamente?

Juntos, mas do jeito certo, para que ninguém tire a nossa esperança (expressão facial séria).

18. Agora gostaria de continuar a imaginar que você tem um bebê de 1 ano de idade por apenas mais um minuto. Se você tivesse 3 desejos para sua criança a serem realizados em 20 anos à partir de agora, quais seriam? Eu estou pensando particularmente no tipo de futuro que você gostaria de ver para seu filho imaginado? Eu vou te dar um minuto para pensar sobre isso.

Educação; saúde e fazer o que é certo.

19. Há alguma coisa em particular a qual você sente que aprendeu sobre todas as suas próprias experiências de infância? Eu estou pensando sobre algo que você sente que pode ter adquirido deste tipo de infância que teve.

Sim. Vou dar tudo que puder e o que eu não tive.

20. Nós estávamos muito focados no passado durante esta entrevista, mas gostaria de terminar olhando bastante para o futuro. Nós estávamos falando sobre o que você pensa que pode ter aprendido das experiências de infância. Eu gostaria de terminar perguntando para você, o que você espera que sua imaginada criança possa aprender das experiências de ser cuidada por você?

Só o tempo poderá dizer.

Atendimentos nº 5, 6, 7 e 8.

06/04/98

Faltaram na sessão anterior pois. L. teve tontura, isto porque, segundo ele, a pressão fica alterada pelo peso e pela troca de horário no trabalho. L. explica que foram num aniversário e ele comeu churrasco e passou mal à noite, porque a carne tem muito sal. Argumenta que sua comida é doce, porque não põe sal para não prejudicar L.. Diz que age assim, porque fica preocupada com sua pressão e acha perigoso ele passar mal em algum lugar que não tenha socorro.

Ressalto os cuidados para com ele, e dou uma devolutiva das entrevistas realizadas e inicio perguntando como foi para eles falarem sobre a infância. J. responde, comentando que passava para o marido sobre o que conversava comigo, mas que ele não contava muito, argumentando que não falou muita coisa durante as entrevistas. Eu pergunto se foi assim mesmo, e ele disse que não falou tudo sobre a infância. Demonstrava desejar a manutenção do assunto infância estabelecendo em J. uma certa curiosidade. J. demonstra ter se sentido inferior a L. porque ele teve uma entrevista mais rápida do que a dela. Ao mesmo tempo, contemporiza, dizendo que achou gostoso falar sobre o passado, mesmo não tendo infância após a morte do pai. Pergunto se ela ficou incomodada com a curta duração da entrevista dele e ela negou, argumentando que esperava que ambos passassem pela mesma coisa. Esclareço o fato, explicando a diferença de *timing* nas respostas, bem como do conteúdo que cada um tem referente à sua própria história de vida.

J. colocou seu desconforto durante a entrevista porque nunca imaginou contar para alguém toda sua infância. L. negou qualquer desconforto e entendeu como uma forma de desabafo. J. refere-se sempre ao “passado” e não à infância, pois sente-se roubada da mesma, uma vez que quando seu pai morreu ela perdeu também a infância.

Aponto que ambos tiveram histórias de vida bastante difíceis e com muitas perdas que marcaram o jeito deles em relação aos outros, e entre eles. Comento que agora estão querendo constituir a família e essas vivências do passado com os próprios pais influenciam e servem de alguma forma de modelo para esta nova construção. Retomo com J. sobre quando ela disse que a morte da sua mãe não influenciou o desejo de adoção e J. justifica dizendo que a mãe tinha muita saúde e nunca ficava doente e que nesta época eles já estavam tentando adotar.

Reafirmo que estas experiências de perda influenciaram e muito o jeito de cada um deles, e que eles mesmos me disseram que a vida mudou totalmente depois da morte dos pais. Então, aponto a necessidade de entender de que forma acontece esta influência, se ela pode contribuir ou prejudicar este projeto de adotar uma criança. Tudo que a gente vive, tem uma ligação com o passado. Não poder ter tido os próprios filhos também deixou um vazio, além da angústia de não saber a causa e de quem é o problema (culpa). Todas as respostas encontradas até então sobre este assunto, ficam muito vagas para eles (concordam). Aponto que parece que eles não conversaram muito sobre isso, e deixaram para trás. Afirmo como é difícil falar sobre algo que não deu certo, mas este assunto estará sempre ligado à adoção. Outra percepção colocada na devolutiva foi a sensação de perda vivida com a primeira adoção que não deu certo. Aponto que eles investiram e esperaram uma coisa que não aconteceu, e isto parece que também não foi muito dividido. Eles concordam, fazendo um movimento de afirmação com a cabeça. J. comenta que contaram para mim sobre a primeira

adoção e para a outra psicóloga do fórum. Coloca seu receio de que isso tenha lhe prejudicado (“eu nem sei se a gente devia ter contato, mas por um lado foi bom, porque a gente teve uma experiência que fez a gente aprender a fazer uma coisa certa. Eu falar foi bom”).

Faço uma colocação sobre este medo e aponto o que vai ser julgado hoje no fórum, será a capacidade deles nesse momento.

Retomo esta questão, apontando como deve ter sido muito difícil voltar de mãos vazias...

J. interrompe: “Ah, isso foi.” L. em silêncio observa a conversa, parece querer evitar sua exposição frente à esposa.

Continuo, dizendo que foi uma segunda frustração. Em primeiro lugar descobrir que não podia ter seus próprios filhos (L. concorda) e depois, não conseguir adotar esta menina.

J. interrompe novamente - “era um menino”.

Sobressaltado e surpreso L. questiona : “Menino?” E J. confirma com um sorriso parecendo desconfortável com aquela especulação. Surge um silêncio na sala.

J. retoma, colocando que a sogra também ficou chateada, pois participou do enxoval.(“...e ela disse para eu não comprar mais nada!.”)

Relembro que J. mencionou já sentir aquela criança como sua e ela confirma. A partir desta colocação, faço uma ponte com a nova situação, dizendo que mesmo numa adoção legal existe um período de convivência e adaptação, que é a guarda, e neste período eles poderiam desistir ou a criança não se adaptar. Silêncio. J. destaca que seu pedido no Fórum foi de uma criança de 2 anos e que nestas condições muitas coisas vão aparecer e dúvidas irão surgir.

Aponto minhas observações acerca do fato de serem um casal muito afetuoso, amadurecidos para algumas questões, mas com vivências que deixaram medo e ansiedade e precisamos cuidar destes aspectos para que tudo corra de forma adequada.

J. retoma “É gostoso, foi diferente de falar no passado com você.”

Coloco que as experiências que tiveram como filhos serão modelos que os pais passaram na convivência. Por exemplo, você L. teve um pai muito rígido, será que você vai ser igual?

L. responde “ Ah, não. Ele não brincava com a gente.”

J. comenta “Pois é, ele acha que o pai dele foi muito rígido e eu não acho. Se ele não tivesse sido assim, vocês não tinham estudado, como eu. Eu perdi meu pai com 7 anos.”

Neste momento retomo a proposta da psicoterapia, definindo-a como o espaço que eles poderão fazer uma ponte entre o passado e o futuro e pensar sobre as expectativas em relação a criança, e se ela poderá corresponder à estas expectativas.

J. conclui que se ela for mãe, não irá deixar seu filho solto na rua, será zelosa e poderá até parecer chata, porque não quer que o filho reclame depois, assim como ela o faz.

Aponto também sobre a ansiedade de adotar, mas que existe uma incerteza que promoverá neles ainda mais expectativa e receio, e que neste sentido iríamos falar sobre isso no decorrer das sessões. J. comenta: “É imagina se ela vem para nossa casa em menos de 2 meses.... a gente não tá preparado. A psicóloga ficou de chamar a gente em agosto. Eu ia viajar e nem vou mais, porque vamos esperar ela.”

Após um silêncio, L. pergunta: “Quer dizer que estas nossas reuniões serão só sobre o futuro?”. Tentando diminuir sua ansiedade, respondo que o futuro estará sempre presente, mesmo quando estivermos mergulhados em lembranças do passado. Ele ri: “Passado também ?” . Respondo que sim, mas que vamos mexer nas lembranças que são possíveis.

27/04/98

Após duas semanas, devido à uma falta e uma semana de feriado, reencontramo-nos.

L. relata que está com muita dificuldade de dormir com o calor e a troca do dia pela noite no trabalho. Diz que não conseguiu adaptar-se e está pedindo mudança de turno no trabalho. Relata que isto “está matando” sua saúde. Pergunto como é a rotina do casal e eles riem. J. diz que é mais de fim de semana, porque durante a semana eles se desencontram. Ele fica em pé durante os primeiros dez minutos da sessão, porque, segundo ele, estava com muito sono e não tinha dormido nada durante o dia.

J. diz que com a mudança de turno e ele saindo do período noturno o salário vai diminuir, mas que eles preferem. Ele anda indo consultar muitos médicos e tomando muitos remédios, para pressão, insônia, estômago.

Questiono sobre a rotina de J. e ela conta que enquanto ele dorme, ela limpa a casa, cozinha, mas tudo em silêncio, para não acordá-lo. E por outro lado, ela sempre dorme sozinha e não agüenta esperar por ele. Quando ele está acordado, está vendo televisão, o que a deixa incomodada pois sente-se só. Então ela vai ficar com a sogra, mas reclama por sentir falta dele. Por outro lado, quando ele está em casa no fim de semana, ela vai vender cosméticos e ele vai com ela.

Questiono sobre o quê eles conseguem fazer juntos e L. responde que vão na casa da irmã de J. ou na irmã do L.. Ela diz que não queria sair tanto, mas acaba preferindo, porque em casa ele fica vendo televisão.

Pergunto sobre a vida sexual e L. diz que durante a semana não dá para estarem juntos. J. começa a cobrá-lo (L.) dizendo que mesmo assim, ele fica muito tempo entretido com a televisão e eles continuam distantes.

Peço que comparem com a vida sexual de um tempo atrás e J. relata que já achou melhor a vida a dois, apesar que antes ele ficava muito com a mãe e não dava tanta atenção, como na época do namoro. Ela questiona se é a idade ou se é um desinteresse da parte dele. “Hoje a gente conversa e namora menos”.

Pergunto o que L. acha do comentário de J. e ele justifica pela sobrecarga de trabalho. J. retorna ao desconforto com a sogra, dizendo que quando ela veio morar com eles ela achou que isso ia prejudicar o casamento deles. L. concorda dizendo que corta a liberdade dos dois. Interrompo com a colocação de que eles nunca ficaram realmente sozinhos, pois as mães sempre moraram com eles. (J :“eu não tranco a porta porque não quero que minha sogra não pense nada sobre nós”). Ela comenta que sempre acolheram outras pessoas da família e que ela não quer mais fazer isso (“quem casa quer casa!”). “A minha sogra é uma ótima pessoa, sempre me apoiou, mesmo eu tendo dez anos a mais que o L.”

Comento para J. que parece que ela sente-se sozinha e ela concorda. Pergunto se este sentimento tem relação com o desejo de adotar e ela responde dizendo não haver nenhuma relação, mas sente que queria que o relacionamento dos dois voltasse ao que era antes.

Pergunto para L. o que ele sente sobre o que J. comentou e ele relata que sente falta, porque eles viajavam mais, faziam o que queriam, sem compromisso com horário. Agora precisa mudar de turno e está esperando a decisão do supervisor. Mostra-se bastante irritado com esta situação do trabalho, pois vem demonstrando estar mais vulnerável tanto emocionalmente como fisicamente.

Pergunto sobre como seria ter uma criança nesta rotina de vida. L. responde, percebendo alguma dificuldade, pois não iria conviver muito com a criança. J. interrompe dizendo que só de fim de semana ele poderia estar com a criança.

Pergunto quais poderiam ser as consequências para o desenvolvimento da criança e L. responde que é mais importante o convívio com a mãe do que com o pai. J. nega a condição deficitária, dizendo que não afetaria em nada, porque durante os fins de semana a criança ia começar a entender que ele está presente e ia acostumar-se com ele. L. retoma a dificuldade, dizendo que seria um esforço brincar com a criança durante a semana e que ela iria sentir. J. mostra-se aflito e em silêncio, começa a agitar-se fisicamente.

Após um silêncio J. argumenta que sabe como é o movimento da casa com uma criança pois morou com a irmã e seus filhos pequenos.

Aponto que neste tipo de rotina torna-se complicado o ajuste do dia-a-dia do bebê com a rotina de trabalho de L.. Ambos concordam e dizem que é também por isso que ele pretende mudar o turno de trabalho.

Questiono a ambos se com esse tipo de rotina essa criança não será muito responsável por fazer companhia para J. Ele fica em silêncio e J. busca justificar que com a mudança no emprego de L. tudo vai mudar, mas não consegue falar de sua necessidade de companhia e do desejo que tem que a criança ocupe este espaço. Queixa-se que L. é muito fechado, que guarda tudo para ele e que ela é totalmente diferente e que isto também provoca um distanciamento entre eles, principalmente nas horas em que os problemas aparecem.

Aponto como a vida do casal está limitada pela rotina do trabalho e como L. demonstra-se debilitado e lesado com esta rotina, pois parou de viajar, de se divertir, de beber socialmente, de namorar com a mulher, de dormir, de viver... É assim que L. colocou-se... limitado a trabalhar e acomodado diante desta realidade até que seu corpo passou a somatizar.

Finalizo a sessão dizendo que o planejamento da vinda de uma criança está diretamente relacionado à disponibilidade para tal, e que apesar do grande desejo e necessidade pessoais de terem um filho, o casal se mostra indisponível no momento para a chegada de um filho, uma vez que não conseguem articular-se como um casal.

Apesar de concordarem comigo, mostraram-se angustiados e começaram a falar do projeto de reformar a casa para a vinda do bebê, o que me fez pensar na necessidade desta “faxina” interna no que refere-se à motivação individual para estarem juntos e com um(a) filho/a.

04/05/98

J. inicia a sessão contando que está aprendendo a dirigir e que L. está ajudando, porque “sempre é bom poder aprender um pouco a mais” (sic). Diz que tinha muito medo, mas está perdendo. Perguntei como era aprender com ele e ela responde que ele às vezes fica nervoso, porque ela se apavora com o carro. Conta que é um sonho aprender a dirigir e também por prevenção (“a gente nunca sabe o dia de amanhã”), pois narra que num outro dia ele passou mal e foi dirigindo para o hospital e a sogra achou um absurdo, e só aí ela percebeu o perigo. Com o estímulo da sogra ela começou a tomar coragem. Relata que é ela que resolve os problemas da casa enquanto ele trabalha e depende dele para resolver

alguns problemas em lugares distantes. L. interrompe, dizendo que às vezes precisa do carro para ir a uma festa, uma viagem.

Aponto como J. prepara-se para as coisas ruins, para as perdas, para os perigos, e que em nenhum momento ela pensou em poder passear sozinha, ou buscar seu próprio lazer. Silêncio.

Pergunto se uma criança iria mudar esta postura assustada em relação à vida. Ela não entende e retoma duas vezes, tentando entender. L interrompe dizendo que entendeu a minha pergunta e ele responde, dizendo que acha que a vida vai ficar mais alegre.

J. interrompe para concordar com ele, dizendo que o passado foi muito difícil e que uma criança iria mudar a vida dos dois, ia deixar tudo mais alegre.

Nesta sessão discutimos sobre quais seriam os ganhos e quais seriam as preocupações que estariam relacionadas com a vinda de uma criança e ambos verbalizaram várias associações com as experiências passadas, todas elas traumáticas, no sentido de promover uma vida em que a criança não passe por nenhuma experiência ruim semelhante às que eles passaram.

Passado e Futuro sendo amarrados por lutos mal elaborados e sentimentos de ambivalência, tristeza, raiva e medo. A criança vem como salvadora e com a função de restabelecer o equilíbrio na vida do casal.

11/05/98

Inicialmente contam que foram a um casamento de um colega e J. mostrou-se irritada com o comportamento do L. dentro da Igreja. Ela freqüenta a Igreja Adventista e ele não participa das reuniões com ela, salvo raras vezes em que ele entra quando a leva. Ele conta que já foi crente, mas desde que o pai dele morreu ele não freqüentou mais. Ela ignora o que ele diz, e explica que ele não vai, porque os cultos são muito longos.

Ela conta que quando casaram foi ela que quis casar na Igreja, e ele completa que preferia “juntar”. Ela interrompe, dizendo que se ele não quisesse casar na Igreja ia, pelo menos, casar no civil, porque é mais seguro. Acha que só “juntar” não traz segurança. A igreja é importante porque é bonito, mas para coisas materiais é melhor casar no civil.

Pergunto como seria a educação religiosa para uma criança, e rapidamente J. diz que irá passar os ensinamentos da Igreja Adventista. Justifica pelo fato que eles tem escolinha para criança e porque eles se preocupam e vão procurar o fiel quando ele não aparece na Igreja (“eles se preocupam com a gente, e na igreja católica a gente tem que fazer nossa parte”). Então, se um dia vier uma criança para o meu lar, eu vou ensiná-la nesta religião.

Pergunto como L. pensa sobre isso, e ele responde dizendo que não sabe como irá orientar. Diz que poderá aconselhar, mas é ela (a criança) que vai escolher no que acreditar. J. interrompe dizendo que ele diz isso porque não frequenta. “mas a minha sogra me apoia e diz que ofereceu isso para os filhos”.

Pergunto se ele gostava de ir na Igreja quando era pequeno e ele diz: “Mas tem que contar isso também?”. Digo que ele responde se quiser e ele retorna dizendo que ele era obrigado pelo pai a ir para a igreja, mas que ele não gostava porque demorava muito.

J. interrompe, dizendo que a sogra afastou-se da igreja porque quando ela ficou viúva, a igreja virou as costas e não ajudou-a.

L. conta como começaram a ir para a igreja e diz que foi ele que retomou, influenciado pelos amigos do bairro. Mas logo, ele deixou de ir e ela passou a interessar-se.

J. interrompe e diz que o que fez ela ir para a igreja foi a mudança da sogra. Ela não tinha dinheiro e J. foi procurar um carro mais barato e quem fazia este carro era um casal de adventistas, que convidaram-na a conhecer um pouco mais da Bíblia, e fizeram o carro sem cobrar, só acreditando na palavra dela.

L. interrompe, dizendo que ele conhece mais a Bíblia do que J. e ela muito irritada, revida dizendo que “não adianta conhecer se não frequenta a Igreja”.

J. conta que quando a mãe morreu, eles deram muita força para ela, e ela entende que isto ajudou muito em sua recuperação. Ela compara com a igreja católica porque acha que os adventistas parecem uma família e ela sentiu-se apegada às pessoas (“...porque às vezes a gente precisa das pessoas”).

Pergunto para J. se ela comenta sobre a adoção com os amigos da igreja e ela responde dizendo que eles acham muito importante e um ato muito bonito. Conta que houve um dia que o pastor começou a falar sobre a importância de uma criança no lar, que deixa a casa mais alegre e isto fez com que ela se sentisse mais apegada à Igreja. Mas não comenta com todas as pessoas, principalmente com aquelas que não concordam com a adoção.

Retomamos a sessão anterior, quando falamos sobre o relacionamento do casal e eles reconheceram que estavam um pouco distantes um do outro. (J. conta que comentou com L, durante a semana: “até a Gabriela percebeu como a gente está distante”). Ela comenta que ficou pensando como realmente está sozinha e eu pergunto se a criança está relacionada com este sentimento. L. interrompe e diz que realmente precisa diminuir a televisão. Ela se queixa que sente muito frio para dormir e que precisa colocar uma toalha quente nos pés para adormecer quando L. não está em casa. Porém, diz que não aceita fazer isso quando ele está em casa sem ficar junto dela. Ele fica em silêncio.

Aponto que tenho a sensação de que J. assumiu uma posição de mãe e que L. é o menino que precisa levar bronca e fazer as tarefas certas. Mas coloco que vejo uma

cobrança de J. para que este menino vire um homem e esteja presente na vida sexual, que cuide dela. Ela interrompe, concordando com uma fisionomia parecendo estar aliviada. L. ri. Continuo, dizendo que ela demonstra ser uma mulher que virou mãe, mas que está querendo assumir o papel de mulher novamente. Ela concorda com convicção (J. repete “eu falei para ele; a Gabriela percebeu”) . Ela retoma, falando que às vezes sente-se insegura, não sabe se ele a trai ou se ele é “seco” mesmo. Conta que houve uma época que ela esteve muito desconfiada dele e estava com medo de ouvir, mas preferiu ouvir a verdade. Neste momento ele está voltado para o chão, curvado e em silêncio. Ela fala sobre a possibilidade de um dia o casamento acabar, e diz que ainda não tem muita certeza sobre a fidelidade dele.

Pergunto para L. se quer falar alguma coisa e ele diz que não, que este é o jeito dele (“pau que nasce torto, morre torto”). Porém, retoma dizendo que vai melhorar, porque vai tirar férias. Ela interrompe, dizendo que precisa dele menos distante, porque quando a criança chegar, a distância pode aumentar e aí vai ficar mais difícil.

Coloco uma pergunta para que eles pensassem: Será que esta criança também não está sendo desejada para melhorar a relação de vocês dois? Mas será que têm espaço para uma criança, uma vez que você (J.) já é a mãe e você (L.) já é o filho? Por isso, gostaria que vocês pensassem sobre como podem mudar isso, sem apenas cobrar uma mudança do outro.

J. interrompe e começa a cobrar dele mais atenção, mas L. interrompe a fala dela a diz que ela não estava respondendo a minha pergunta, que ela precisa dizer o que ela poderia fazer para mudar. Ela fica em silêncio.

Pergunto a ele como acha que ela pode mudar, e ele responde que ela poderia fazer mais companhia para ele, sair com ele, ir nas festas, mas que ela não gosta e ele acaba indo sozinho.

Ela demonstra muita insegurança e diz que gostaria de saber dele, o porquê desta mudança.

Nesta sessão coloco a complementação dos dois na crise, ou seja, como ambos cooperaram para estarem como estão hoje e fica evidente que há uma grande, porém mascarada crise na vida do casal.

18/05/98 - faltaram

25/05/98 - faltaram

01/06/98

Após duas semanas, iniciamos a sessão falando sobre as duas sessões anteriores, e aponto que falar sobre a relação do casal trouxe um desconforto pra ambos. Porém, L. justifica dizendo que chegou bastante abatido e perturbado com a insônia que vem passando nos últimos dias. Pergunto para ele o porquê desta insônia e ele não consegue responder. Parece irritado e pouco disponível e diz que ainda não conseguiu mudar de turno no trabalho. A ansiedade por esta espera parece agravar seu estado de humor. Porém, vai sair de férias dentro de 15 dias e sente-se animado para poder descansar. Indico que seja acompanhado por um médico para descobrir se há alguma causa orgânica. J. fala de seus cuidados com L. para ajudá-lo no que refere-se à alimentação.

J. diz que está sentindo ele muito nervoso e então ela afasta-se para não perturbar. Porém diz que não discutem. Parece que a rotina de ambos foi roubada ou engolida por esta dinâmica de trabalho, à qual L. não conseguiu adaptar-se. Por outro lado, mostro como esta situação faz com que ele necessite ser mais cuidado pelas mães (mulher e mãe), e que de alguma forma, isto traz uma satisfação inconsciente. Percebi como este casal requer cuidados durante as sessões, buscando colo porque estavam “doentes”, e mostrei para ambos esta sensação, buscando denunciar este mecanismo de vinculação que também estava acontecendo com a terapeuta. Silêncio.

Aponto novamente a indisponibilidade do casal em função desta rotina e estrutura de vida que estabeleceram, na medida em que se vêem absorvidos e consumidos pelas dificuldades de adaptação de L. ao trabalho. L. concorda que nestas condições não é possível ter um filho.

J. fica aflita e tenta justificar com outros exemplos de indisponibilidade que acabam dando certo.

Aponto que não se trata apenas de dificuldades concretas, mas de indisponibilidades emocionais, porque fica visível o quanto L. encontra-se envolvido com esta dinâmica.(ele concorda) e pergunto à J. se ela sente-se disponível para ser pai e mãe de uma criança, e rindo, ela responde que não. J. continua dizendo: “às vezes as pessoas perguntam porque está tão difícil de sair a adoção e eu digo que estou indo na psicóloga, mas elas não entendem que adoção não é só querer...”.

Retorno colocando: “Será que são só as pessoas que pensam isso. E vocês?”

J. responde dizendo que queria ir até o fim, porque é um desejo dela.

Aponto que esta convicção está muito clara, porque percebo como adotar é um projeto muito importante e pessoal para ela.

Finalizo com uma questão sobre o porquê do encaminhamento para uma psicóloga.

L. diz que foi encaminhado, porque eles necessitavam entender sobre o desejo de adoção, e J. diz que foi também para se informar mais sobre a adoção. L. diz que foram encaminhados para uma psicóloga porque não é que eles precisam ser informados sobre a adoção, mas sim, para eles se sentirem preparados para uma adoção.

Pergunto, então, se eles se sentem preparados para adotar?

J. parecendo irritada com meu questionamento, coloca que a psicóloga do Fórum indicou a terapia por causa da primeira adoção que não deu certo. Diz que a psicóloga acha que J. não superou isto, mas ela discorda e diz que já passou. Diz que no começo ela ficou chateada, mas que depois “ela procurou esquecer”. Perguntei se era possível esquecer e ela ficou em silêncio, e depois retomou, dizendo que não esqueceu, mas não fica pensando nela. Defende-se dizendo que até foi bom, porque poderia ter dado problemas.

Pergunto se L. já esqueceu e ele diz que já. Pergunto se é possível esquecer e ele responde que não. Emociona-se, mas tenta controlar colocando a mão no rosto. J. interrompe e diz que não fica lembrando, parecendo controlar o que L. falava. Ele ficou agitado, tentando se recompor.

Ela começa a contar como foi este dia em que receberam a notícia de que não iam mais ficar com a criança. Diz que agora está mais confiante.

Para finalizar a sessão, pedi que tentassem escrever em casa, uma carta de despedida para esta criança que não conseguiram adotar. Disse que não era para se preocuparem com os erros de português e que se não quisessem, nem precisavam mostrar para ninguém. Mas, pedi que tentassem fazer, e que se fosse muito difícil não precisavam insistir. J. fica aflita e põe a mão na cabeça.

Vou transcrever este momento, porque o vejo como uma situação chave que expõe a dinâmica do casal:

L. interrompe perguntando: “É para ajudar a esquecer ela?”

- *“É para nos ajudar a perceber o que sobrou desta tristeza.”*

Ele pergunta novamente: “Mas é separado ou sozinho?”

- *“Cada um vai fazer a sua carta, colocando tudo que gostaria de dizer, numa despedida.”*

Assustada, J. comenta: “Nossa...para mim vai ser difícil.”

Parecendo aliviado, L. retruca: “Para mim, não!”

Pouco depois, nova pergunta de L. : “Não importa o tanto que for, né?”

E eu respondo que não, abrindo espaço para ele escrever tudo o que quiser.

Pergunto novamente se entenderam o que eu pedi e L. rapidamente responde que sim.

J. continua: “entendi .É para escrever uma carta com tudo que eu gostaria de dizer...”.

L : “É. É uma carta de despedida. (olha fixamente para J.)”

J.: “Nossa vai ser difícil para mim.”... “Olha eu não vou te dar idéia nenhuma”...”Olha Gabriela, não era nem para mim falar sobre isso e a minha sogra me deu uma bronca...”

Percebendo sua angústia, aponto que sei o quanto ela sentiu-se invadida e insegura com o meu pedido, porque eu mexi numa caixinha que estava bem guardada, mas que eu não achava que falar sobre isso iria impedi-la de ter um filho, mas ao contrário, principalmente na terapia, onde meu papel era ajudá-los e não julgá-los.

Ela interrompe: ” Eu sei, foi uma coisa muito boa para mim, é bem gostoso. Gostei que a psicóloga me mandou para cá.” (parecia despedir-se...)

Eu retomei a questão: “Lembre-se que eu tenho um compromisso de preservar tudo que a gente conversa aqui.”

L. saiu da sessão muito aliviado em poder falar da dor e J. sentiu-se muito ameaçada e irritada em expor a dor e a vulnerabilidade.

Já saindo da sala L. pergunta:” Sem mostrar para ela, né?

J. interrompe: “ Mas eu posso ver o dele não é?”

Eu respondi que tentassem fazer de forma que respeitassem o que era importante para si mesmo e para o outro.

08/06/98, 15/06/98 e 22/06/98 - faltaram e depois de tentativas de contato (apenas por telegrama, pois o casal não tem telefone), a pesquisadora encerrou o caso por desistência do casal.

CASO - “O adotante-adotado”

Nomes fictícios: Maria e Fábio

idade: 35 e 38, respectivamente

Profissão de cada um dos parceiros: professora de pré-escola pública, e contador de uma fábrica.

1) LOCAL DE ATENDIMENTO: desde o primeiro contato o casal preferiu ser atendido no consultório particular da pesquisadora, uma vez que o local de atendimento da PUC ficaria muito distante de onde moram, o que dificultaria o acesso após o horário de trabalho.

2) CONTATO INICIAL: M. e F. foram encaminhados pela Vara da Infância de Itaquera. Após contato telefônico com M., o casal compareceu para uma primeira entrevista em 4/12/97. Demonstravam muito nervosismo, sendo que F. parecia muito ansioso e buscava responder e iniciar o discurso. Fiquei com a impressão que o personagem principal era F., pois M. parecia distanciada, aguardando que F. falasse, como se não estivesse envolvida na situação de entrevista. Quando isto é apontado, ambos concordam e dizem que a atitude de F. tinha levado a psicóloga do Fórum fazer uma indicação para terapia. M. não fala muito, enquanto que F. tem um discurso longo, muitas vezes se perdendo do início da fala. O casal senta de forma distanciada no sofá e não se olham durante toda a entrevista, com exceção dos momentos em que não sabem como responder a pergunta, convidando o outro a começar a falar.

Entrevista nº 1:

Chegam mais relaxados, ambos com a fisionomia tranqüila, mas ainda ficam distantes e sem se comunicarem diretamente durante a entrevista (“Pergunte a ele sobre isso”). Neste segundo contato, o casal conta que estão casados há 17 anos e que nunca tiveram filhos, e justificam tal decisão pelas dificuldades financeiras que viveram durante todos estes anos.

F. relata que só agora conseguiram maior estabilidade financeira e casa própria, podendo assim, oferecer melhores condições de moradia para o filho. Conta que o desejo de adotar partiu de M. há uns 3 anos atrás aproximadamente pois, mesmo desejando ter seu próprio filho, não queria arriscar com uma gravidez, em função de sua idade (35 anos). Relata também que demorou um certo tempo para aceitar a idéia da adoção e que M. buscou respeitar sua opinião, não deixando, durante este período, de investir na idéia. Ao ser questionado sobre o que fez com que mudasse de opinião, diz que foi o fato de ter muitos sobrinhos com os quais é muito apegado. Isto passou a incomodá-lo: “Porque cuido dos filhos dos outros e não tenho os meus?”. O casal ainda não mudou-se para a casa que

construíram e desde o início do casamento, moram junto com os familiares de F., o que percebem como muito complicado, pois têm sua privacidade limitada. Segundo F.: “Casa nova, vida nova... e um filho faz parte disso”.

Na sessão seguinte, o casal me liga dizendo que não poderá vir e pede que eu retorne a ligação. Ao conversar com F. por telefone, ele diz que não poderão vir porque ele teve um problema sério, e que não estava em condições de comparecer ao meu consultório. Pergunto o que havia acontecido, e como se precisasse confessar um crime, rapidamente conta que é alcoólatra há mais de 20 anos e que estava sem beber há 3 meses, mas que no fim-de-semana anterior, não agüentou e voltou a se embriagar. Peço que mesmo sendo muito difícil para ele falar sobre este assunto, que o casal comparecesse a sessão, pois observava que era muito importante para ambos falarem e encontrarem formas de lidar com a situação. Ele concorda, e com a voz embargada diz que precisa de ajuda, e ambos retornam ao consultório no mesmo dia.

Entrevista nº 2:

Início a sessão pedindo que o casal me conte mais sobre o que F. havia contado pelo telefone. Ela, com a expressão facial tensa (sorrindo e evitando olhar para ele), nega-se a falar e ele, com constrangimento inicia, contando que estava em tratamento do alcoolismo, mas que neste fim-de-semana voltou a beber. Diz que bebe há aproximadamente 20 anos, mas que só agora começou “a pegar pesado”, ou seja, “beber sem prazer, por compulsão e sem controle” (sic). “Para estar bem no ambiente de trabalho, passou a tomar remédio para memória (“psicovit’), que misturado ao álcool piorou a situação”.

Pergunto para ele, quando começou a procurar ajuda e ele diz: Quando foi M.? - sem resposta, continua - “em 1994, há 3 anos atrás. Fui ao A.A., fiquei um mês, dois meses, recai, e não voltei mais. Aí, neste ano, perdi muitos parentes, me pesou bastante, e a cada perda era uma bebedeira que eu tomava. O meu emocional estava muito abalado...”.

Pergunto para F. como ele fica quando bebe e F. responde: “Agora, nem sei mais...”

Então, lanço a mesma pergunta para M. e esta responde: “Alegre demais...e depois que passa, fica deprimido”.

Confirmo com F. que segundo a conversa no telefone ele está há 3 meses sem beber e ele explica: “Aconteceu o seguinte...nesses 3 meses estava dando tudo certo...a recuperação, a parte monetária, o nosso relacionamento, e eu me empolguei com isso, achei que ia tomar só um copo e foi uma bebedeira longa. Foi após um casamento; eu estava de roupa nova, pulseira de ouro, me achei legal, fui dar umas voltas e acabei num bar. Comprei um monte de coisas para os amigos e saí distribuindo. E volto a fazer todo o tipo de besteira...”

Pergunto sobre que tipo de besteira ele já fez e ele explica-se, novamente: “Muitas... já sai com outras mulheres, já dormi fora de casa, bati carro, nossa senhora... Que mais? pergunta para a esposa - M. responde: “Não sei, você que sabe “ (vira o rosto, parecendo muito incomodada com ele).

Pergunto a ela como acha que conseguem administrar estes fatos durante estes anos de casados e ela responde: “Eu sempre tentei compreender e ajudar, mas ele é muito cabeça-dura. E ele tem as melhores pessoas do lado para ajudá-lo, tanto na firma como em casa. Ele recaiu, porque achou que estava curado e eu avisei para ele não procurar os velhos amigos. Ele pode estacionar isso, mas ele precisa entender isso.”

Em seguida, pergunto a ela como se sente quando ele bebe e ela rapidamente responde: “Chateada (ele fica irrequieto no sofá). Sempre conversamos sobre o que acontece.”

Faço a mesma pergunta para F. e ele responde: “Um lixo, principalmente pela nossa relação, porque, se hoje não temos filhos certamente é por causa do álcool, porque eu não tomo a decisão de levar a vida em frente, estou sempre adiando.”

Pergunto para M. se ela concorda com a fala de F. e ela afirma de forma convicta. Ela tenta continuar, mas ele interrompe e diz: “teve momentos que eu estava estressado no trabalho e bebia, teve momentos que o nosso relacionamento não estava bom e eu bebia.. Nossa Senhora! Uma vida de derrotas que está passando. Eu não estou vivendo e nem deixando ela viver. Eu olho para o meu cunhado, que é meu vizinho, e vejo ele vivendo às mil maravilhas com a mulher e os filhos; eu olho para minha casa e só vejo desgraça.”

Irritada, ela interrompe e diz: “O F. procura os problemas, ele vê onde não tem. Ele tem um problema pequeno e não consegue resolver e acha que a bebida vai resolver... e são coisinhas bobas... por exemplo: o estresse no trabalho. A pessoa tem um cérebro e precisa usar, não está ali só de enfeite, qualquer coisa vira uma desgraça. Eu já busquei saber, e vi que o alcoolismo é uma doença, mas ele precisa se ajudar. Nem raiva dele eu sinto... só que sozinha, eu não posso ajudar ele. Gostaria que ele entendesse que isto pode até fazer mais mal à ele do que a mim... ele pode morrer com isso. Ele está jogando tudo fora... a vida dele.
“

Este trecho da segunda entrevista realizada com o casal A, torna-se bastante significativo para observarmos que a motivação da adoção está profundamente atrelada às dificuldades de ambos em lidar com o alcoolismo de F. A adoção pode significar uma solução, ou melhor recompensa para M. que, segundo F. não pode ter uma vida normal. Para ele a idéia de um filho tem o sentido de preencher seu vazio, sua impotência frente à vida, seus lutos pelos parentes, que com exceção da mãe, morreram em função do alcoolismo. Nesta mesma entrevista, o tema da adoção perde espaço e o alcoolismo é o

tema central da fala do casal à partir da revelação do problema. Observou-se que M. é uma pessoa que apesar de frustrada, ainda busca ajudar o marido, porém a relação afetiva do casal parece bastante comprometida pelo álcool, pela ausência dos filhos, pelas traições, enfim, por um contexto muito instável e de conflito, que garante a indisponibilidade para existir um filho neste relacionamento, seja ele biológico ou adotivo.

Entrevista nº 3:

entrevistados: o casal

obs: (a) = ambos

1) Têm filhos? Sexo, idade, status

- Não (a)

2) São casados? Há quanto tempo?

- Sim. Há 17 anos. (a)

3) Quanto tempo depois de casados decidiram que queriam um filho? De quem foi a decisão?

F - Há 3 anos. A iniciativa foi de M. que acabou me convencendo.

4) Já houve alguma gravidez?

Ambos - Não.

5) Por quê não podem ter filhos e como isso foi descoberto?

M - Pelo alcoolismo de F. e todas as consequências que isto acarretava na nossa vida.

6) Como se sentiam a respeito?

Ambos - É muito difícil.

7) Tentaram algum tipo de tratamento? Qual (is)?

M - Sim. Há 4 anos ele frequente o A. A. (Alcoólicos Anônimos) porém não existe uma frequência rígida; grupo de oração e psiquiatra.

8) Como chegaram à decisão de adotar uma criança? Quem tomou a decisão final? Por quê?

F - M. começou a mostrar seu desejo de adotar, mas eu não concordava, e após uns 2 anos resolvi tentar. Resolvi ter um filho após o ano de 1997 quando perdi um tio, o padrinho, um primo, e todos morreram pelo álcool.

9) Como foi o processo? Quem fez os contatos? Quanto tempo demorou?

F - M. marcou uma entrevista na Vara de Itaquera e numa primeira entrevista a psicóloga nos encaminhou para o atendimento com você.

10) Por quê escolheram esta forma de adoção (legal ou ilegal)?

Ambos - Porque desejamos fazer do jeito certo.

11) Como foi a reação de amigos e parentes? A decisão foi comunicada ou só o fizeram depois de iniciar o processo de adoção?

Ambos - Todos sabem e incentivam a gente.

12) Em algum momento, algum de vocês teve qualquer tipo de receio ou dúvida quanto à decisão tomada? Por quê?

F - Sim, eu . Porque tinha medo de não dar conta do recado por causa do álcool, sei que isto não tem cura.

13) Houve algum preparativo para a chegada da criança, como decoração de quarto, mudanças na rotina, etc.?

Ambos - Não.

14) Como esperam que seja este filho?

M - Com saúde e que traga muita alegria na nossa casa.

15) Tem preferência por sexo? Por quê?

Ambos - Não, o que vier está bom.

Entrevista nº 4:

entrevistado: F.

1. Pode começar ajudando-me a orientar-me na situação inicial de sua família, e onde você vivia e assim por diante? Se puder me conte em que situação você nasceu, se você mudou-se muito, o que sua família fazia em vários tempos para viver ?

Perdi a mãe muito cedo, fui criado por madrasta e sendo o irmão mais velho, cuidei de todos os outros. Tenho muita carência afetiva e isto se deve a esta infância...e cada vez tive mais responsabilidade e convivi com duas famílias. Meu pai tinha 4 filhos e depois da morte de minha mãe, ele se uniu com uma mulher que tinha mais 3 filhos e dessa união nasceram mais 2 crianças. Mas sempre foi uma relação muito conturbada, porque sempre teve muita gente e minha mãe, esta madrasta, não tinha tempo de cuidar destes filhos, então eu fiquei com um trauma de infância que eu nunca superei. Sempre me senti rejeitado, invadido dentro da minha própria casa, porque de repente, seu pai coloca uma outra família dentro de casa. Eu fui criado também com muitas pessoas alcóolicas, e eu aprendi que para ser homem eu tinha que beber, entendeu? Meu pai era um alcoólatra, tenho irmãos alcoólatras....então é uma coisa sincrônica. A minha família é de nordestinos, e beber faz parte da cultura. Já a M. (esposa) vem de uma família estruturada. Eu deveria ter procurado um psicólogo desde muitos anos atrás.

2. Eu gostaria que tentasse descrever seu relacionamento com seus pais quando era criança... se puder comece de suas lembranças mais antigas?

Há uns anos atrás eu nem podia pegar uma criança no colo porque eu ficava muito mal...lembrava da minha infância e de nunca ter tido colo, nunca ter tido esse retorno. Minha madrasta era quem me socorria quando eu precisava, mas a preocupação dela era com os filhos dela. Nesse período, a gente tinha vó, que não aceitava a minha madrasta, então ficava um clima pesado. Com a minha madrasta, era uma relação meio às avessas, respeitava por causa do meu pai, mas nunca chamei ela de mãe, chamava de “tia” e os filhos dela eram a mesma coisa com o meu pai.

3. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com sua mãe começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

Não me lembro muito... era muito pequeno. Era carinhosa com os filhos... Eu perdi ela numa idade muito difícil. Ficou uma imagem registrada comigo que eu não podia ver uma criança ser acalentada, que dava vontade de chorar e eu entrava em pânico, com dor no coração, e isso ficou para sempre, e aí eu passei a acalantar os outros. Eu tinha meus irmãos com se fossem meus filhos. Acho que estas coisas me pegou pesado.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com sua mãe durante a infância. Você disse que seu relacionamento com sua mãe era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

Meu relacionamento com minha mãe era bom, mas não me lembro muito... só lembro desta imagem que falei.

4. Agora eu gostaria de pedir que escolha 5 adjetivos ou palavras que refletem seu relacionamento com seu pai começando da lembrança mais distante de sua infância, o mais inicial que você pode ir, mas novamente entre os 5 e os 12 anos está bom. Eu sei que isto leva um pouco de tempo, então vá em frente e pense por um minuto... então eu vou perguntar-lhe porque escolheu-os. Eu vou escrever cada um deles assim que você falar cada um deles para mim.

Meu relacionamento com meu pai é bom, mas ele é uma pessoa rústica, analfabeta.

- O.K.!, agora deixe-me fazer mais questões sobre sua descrição do seu relacionamento com seu pai durante a infância. Você disse que seu relacionamento com seu pai era (usar a frase)_____. Há alguma memória ou incidente que vem a mente com respeito a (palavra)_____?

Para ele, ser filho ou não ser, tanto faz. Acho que para ele... ele sempre fala que tem o maior orgulho de que eu sou filho dele. Eu comecei a trabalhar com 14 anos e nunca parei. Sempre tentei fazer o melhor. Ele bebe desde que sou pequeno, mas é diferente de mim, ele não é um alcoólatra crônico, eu sou.

5. Agora eu gostaria que você me contasse, a qual dos seus pais você se sentia mais próximo, e por quê? Por quê não existia este sentimento com o outro pai/mãe?

Com meu pai. Porque, bem ou mal, ele era meu pai. Já a minha madrasta cuidava de mim, mas não era igual ao tratamento que ela dava aos filhos dela, mas eu entendo - era muito difícil com tanto filho.

6. Quando você estava indisposto (emocionalmente) quando era criança, o quê você fazia?

- Você pode pensar numa situação específica?

Quando eu precisava de colo, eu dava colo.

- Você pode lembrar o que acontecia quando você se machucava fisicamente?

Minha madrasta cuidava de mim.

- Novamente, algum incidente específico lhe vem a mente? Você ficava sempre doente quando era criança? Você lembra o que acontecia?

Não, eu não ficava doente.

7. Qual foi a primeira vez que você lembre de ser separado de seus pais?

Quando minha mãe morreu.

- Como você respondeu? Você lembra como seus pais responderam?

Não.

- Há alguma outra separação que veio a sua mente?

Sim. Quando eu casei. A M. tentou me afastar da minha família, mas por pior que fosse, era a única que eu tinha.

8. Você sentiu-se rejeitado alguma vez quando era criança? É claro, olhando para trás agora, você pode perceber que não era realmente rejeição, mas o que estou tentando perguntar aqui é se você lembre ter se sentido rejeitado (colocado de lado, ignorado) na infância?

Sim. Sempre. Eu não tinha minha mãe e dividia a casa, o quarto, tudo, com um monte de irmãos.

- Quantos anos você tinha quando sentiu isto pela primeira vez, e o que você fez?

Quando minha mãe morreu, eu tinha 6 anos. Não tinha nada que eu pudesse fazer. Depois, meu pai logo arranhou outra família e a gente tinha que se adaptar.

- Por que você pensa que seus pais fizeram estas coisas... você pensa que ele/ela percebeu que estava rejeitando você?

Não, meu pai precisava de uma outra mulher para ajudar a educar os filhos, pois ele precisava trabalhar.

- O que te assustava ou preocupava quando criança?

Meus irmãos me preocupavam muito, e eu acabei criando os mais novos.

9. Seus pais alguma vez ameaçaram você de algum modo? Pode ser por disciplina, ou brincando? ... algumas pessoas nos dizem por exemplo que seus pais ameaçaram em deixá-los ou mandá-los para fora de casa.

Não me lembro...

10. Em geral, como você pensa que suas experiências gerais com seus pais afetaram sua personalidade adulta?

Penso que afetou tudo. Essa carência emocional que eu tenho hoje, tem tudo haver com a minha infância. Além da bebida, que aprendi com meus irmãos por parte de madrastra.

- Há algum aspecto de sua experiência inicial que você sente como um contratempo em seu desenvolvimento?

Sim. A morte da minha mãe e o álcool.

- Não há nada sobre suas experiências iniciais que você pensa que pode ter tido um efeito negativo no seu desenvolvimento?

Sim. Isso.

11. Por quê você pensa que seus pais se comportaram assim durante a sua infância?

Meu pai é um nordestino simples, e minha madrastra não era ruim, mas se preocupava mais com os filhos dela.

12. Há algum outro adulto com o qual você é próximo, como parentes, como uma criança?

Sim. Com toda a minha família.

13. Você experienciou a perda de um dos pais ou outro próximo amado quando você era criança... por exemplo, um irmão, ou um membro familiar próximo?

Sim. Minha mãe.

- Você pode me falar sobre as circunstâncias e quantos anos você tinha na ocasião?

Ela morreu no parto de um irmão meu, quando eu tinha 6 anos. Essa criança também morreu.

- Como sobre você reagiu na ocasião?
Fiquei mal, e ainda tive que cuidar dos outros...
- Esta morte foi repentina ou era esperada?
Repentina.
- Você pode lembrar de seus sentimentos na ocasião?
Vontade de estar perto dela e muita tristeza.
- Seus sentimentos em relação a esta morte mudaram muito com o passar do tempo?
Não.
- Você assistiu ao funeral, e como foi para você?
Sim, mas não me lembro direito.
- Você poderia dizer qual foi o efeito (outro pai) e sobre sua família, e como isto mudou através dos anos?
Foi uma família nova; madrasta e mais 3 irmãos e depois mais 2.
- Você diria que esta perda afetou sua personalidade adulta?
Sim e muito.
- Como isto afeta sua aproximação com sua própria criança?
Evitei por muito tempo o contato com qualquer criança e depois, passei a adotar meus sobrinhos, o que me levou a perceber que preciso de meu próprio filho.

13a. Você perdeu outra pessoa importante durante sua infância?

Na infância não.

13b. Você perdeu outras pessoas próximas, nos anos adultos?

Sim. Só ano passado, perdi alguns parentes próximos, e ainda uma moça que me envolvi numa bebedeira, logo depois se matou e fiquei cheio de culpa, me sentindo o responsável. Mas conversei com os pais dela, e eles me explicaram que ela já tinha muitos problemas antes de mim.

14. Além de algumas experiências difíceis que você já descreveu há alguma outra experiência que você pode considerar como potencialmente traumático?

Não, além do próprio alcoolismo e o que já me aconteceu por causa dele.

15. Agora gostaria de perguntar a você mais algumas questões sobre seu relacionamento com seus pais. Houveram muitas mudanças em seu relacionamento com seus pais após a infância? Nós estamos no presente no momento, mas agora eu me refiro a mudanças que ocorreram aproximadamente entre sua infância e sua vida adulta?

Não. As coisas entre eu e meus pais continua exatamente igual, só que agora, meu pai tem 72 anos e preciso cuidar dele.

16. Agora gostaria de perguntar a você, o quê é seu relacionamento com seus pais para você agora como adulta? Aqui estou perguntando para você sobre seu relacionamento atual.

- Você tem muito contato com seus pais atualmente?

Tenho, sempre vejo meu pai e minha mãe; a minha madrastra.

- O quê você poderia dizer sobre como é seu relacionamento com seus pais atualmente?

Eu deveria me afastar, mas não consigo, mesmo que ruim, é a minha família.

- Você poderia me contar sobre algum tipo de insatisfação no seu relacionamento atual com seus pais? Algum tipo de satisfação especial?

Estar com eles e com os meus irmãos é estar perto do álcool, e isto, não me ajuda. Porém eu preciso deles.

17. Eu gostaria de mudar agora para um diferente tipo de questão...não é sobre seu relacionamento com seus pais, ao contrário é sobre um aspecto de sua vida atual com crianças? Imagine que você tem uma criança de 1 ano e eu gostaria que você pensasse e me respondesse, em termos de sentimento, se você tivesse que se separar desta criança? Você pensa que poderia sentir-se preocupada com esta criança?

Sim. Muito, não quero perder mais ninguém que amo.

18. Agora gostaria de continuar a imaginar que você tem um bebê de 1 ano de idade por apenas mais um minuto. Se você tivesse 3 desejos para sua criança a serem realizados em 20 anos à partir de agora, quais seriam? Eu estou pensando particularmente no tipo de futuro

que você gostaria de ver para seu filho imaginado? Eu vou te dar um minuto para pensar sobre isso.

Que tenha muito amor e atenção dos pais por muito tempo de sua vida. Que tenha muito caráter na vida e seja diferente de mim... (silêncio).

19. Há alguma coisa em particular a qual você sente que aprendeu sobre todas as suas próprias experiências de infância? Eu estou pensando sobre algo que você sente que pode ter adquirido deste tipo de infância que teve.

Eu bebo porque vivi com alcoólatras e tenho uma carência afetiva muito grande desde a infância, desde a perda da minha mãe.

20. Nós estávamos muito focados no passado durante esta entrevista, mas gostaria de terminar olhando bastante para o futuro. Nós estávamos falando sobre o que você pensa que pode ter aprendido das experiências de infância. Eu gostaria de terminar perguntando para você, o que você espera que sua imaginada criança possa aprender das experiências de ser cuidada por você?

Que a vida dela não seja como a minha, cheia de altos e baixos, sem construir nada.

Entrevista nº 5, 6 e 7:

M. falta às entrevistas consecutivamente, e na última sessão, F. liga dizendo que M. não irá comparecer, pois acha que o problema é com ele e não com ela

Atendimento nº 8

Apenas F. comparece e fica claro que M. quer “tratá-lo” e não fala de seus sentimentos.

F. parece bastante deprimido, com uma expressão bastante fechada e cansada, dizendo que toda sexta-feira, fica bastante bêbado e fica desta forma até a segunda-feira. Conta que foi a uma reunião dos Alcoólatras Anônimos e relata que foi a melhor decisão: “parecia que estavam me esperando, porque naquele dia, ouvi um relato de um senhor que voltou a beber depois de um tempo de recuperado”.

Pergunto se ele pensa sobre esse processo de começar a beber na sexta-feira e ele responde que age desta forma porque ele tem uma grande vontade de se recuperar quando vai trabalhar, mas quando chega o fim-de-semana, ele cai na tentação, achando que não será um “porre”.

Conta que foi no “terço” (encontro familiar religioso) e que se incomodou, porque as pessoas ficam rezando por ele e isto o faz sentir-se exposto aos parentes. Relata também que brigou com a irmã e que tem “um terrível defeito: querer recompensar as pessoas, e fico dando presentes e agrados para as pessoas quando estou bêbado”.

Pergunto do que se trata esta recompensa e ele responde que busca recompensar as pessoas por elas o suportarem. Ele descreve um filme que ele viu chamado “Um dia de fúria” que se tratava de um neurótico de guerra que perdeu seu controle emocional e a única coisa que o fazia pensar, era sua filha. Associa seu comportamento à este personagem e que é o trabalho que o faz pensar no que está fazendo.

Ele comenta sobre o relacionamento com M.: “dezessete anos de casado, e você não assumiu seu casamento”. Pergunto o porquê disto, e ele responde que casou muito cedo, e não assumiu a responsabilidade. Diz que ela tem uma família excelente e que a dele não é assim. Comenta que sua família é desestruturada e discutimos a relação desta experiência com a vulnerabilidade com o álcool. Ele conclui que quando bebe, ele expõe uma afetividade que não consegue ter quando está sóbrio: “quando fui para um bar ontem, encontrei com um conhecido e fiquei pagando a bebida para ele, a conta foi muito alta”. Neste momento relembra um envolvimento que teve com uma mulher “no álcool”, e que esta se matou dois meses depois que o conheceu. Mostra-se confuso e culpado em relação a esta moça, e que tem medo de se perder desta forma, como muitos parentes que perdeu e que também eram alcoólatras. Aponta que estas pessoas “têm o mesmo ritmo de vida que ele: vêm lá de baixo, vão subindo, aí se envolvem com o álcool e ficam doente, chegou agora, eu tenho responsabilidade muito grande, doente deste jeito. Já pensou, eu chegar num estágio desse?”.

Relata ter a sensação de estar morrendo aos poucos. Descreve situações agradáveis que nunca mais viveu. Comenta que o motivo da adoção, tem haver com isso e que eles nunca procuraram saber o porquê eles não poderem ter filhos. Comenta que ele não buscou saber, devido ao alcoolismo e que não sabe o porquê que ela não buscou saber. Conclui: “teve fases que a M. era minha mãe, teve fases que ela foi minha irmã....eu nunca assumi este casamento, então teve hora que ela foi criando um irmão, teve hora que ela foi criando um filho...e eu coloquei ela como santa”.

Pergunto se houve alguma fase que ele se sentiu o homem dela, e ela diz: “certamente que sim, teve momentos bons.” Insisto em saber o que um filho poderia ajudar, e ele responde que lhe daria a responsabilidade de cuidar de uma família. Comenta em seguida, que quando está bêbado é muito frágil e as pessoas podem se aproveitar dele, inclusive os familiares.

Aponto para ele o quanto ele se sente inseguro diante das pessoas, da família desde sua infância. Sente falta desse “colo”, mediante os buracos que a vida foi abrindo na vida dele e que M. lhe nutre com muita coisa, mas que isto não lhe basta. Comento que ele demonstra estar faltando algo nesta relação, que ele vem buscando de forma confusa e ambivalente tanto no álcool, como no desejo de ter filhos e mesmo na terapia (“acho que aqui vou me encontrar! Pois você pode me ajudar e não se aproveitar de mim”). Silêncio. Retoma: “Penso que vou fazer minha recuperação pelo seguinte caminho: força de vontade, esse trabalho com você, nas reuniões do A.A. e acho que já estou conseguindo”.

Aponto que ele reflita se não busca nestas saídas que citou, a mesma solução que busca na relação com M. e com o álcool, ou seja, algo superficial, rápido e indolor, pois quando ele põe esta responsabilidade nestes aspectos, ele se exime de seu movimento de mexer em algumas feridas e em alguns mecanismos de defesa (papel de vítima). Ele fica em silêncio. Peço que ele reflita sobre sua forma de vincular-se às pessoas e ele comenta: “quem trabalha na área de recursos humanos, vê que a coisa não é fácil e que as pessoas têm muitos problemas e acabam caindo no álcool”.

Pergunto o que ele pensa desta escolha profissional, de cuidar dos outros, assim como cuidou da sua família para se sentir amado. Ele responde: “uma pessoa já me disse isso, mas é que isto me dá uma satisfação muito grande”.

Fecho a sessão colocando que o trabalho de psicoterapia pode ajudá-lo a equilibrar melhor esta forma de dar e receber afeto, que parece confusa e ambivalente. Ele concorda e definimos um horário fixo para o atendimento e comunico que dentro de um mês, irei mudar de endereço.

Atendimentos 9, 10, 11:

F. falta 3 vezes consecutivas o que demonstra uma grande resistência ao trabalho após ter falado da sua história e de suas perdas durante a aplicação do roteiro, e acaba desistindo do atendimento e evitando as tentativas posteriores de contato da pesquisadora.

CASO C: “Unidos na doença e na saúde”

Nomes fictícios: Marta e Igor

Idade: 46 e 40 respectivamente

Profissão: aposentada e analista de sistemas

1) LOCAL DE ATENDIMENTO: Clínica Psicológica da PUC/SP

2) CONTATO INICIAL: M. e I. foram encaminhados pela Vara da Infância e Juventude de Pinheiros em 16/03/98. A entrevista inicial foi marcada com o casal para dia 23/03/98.

Entrevista nº 1:

O casal relata que a psicóloga do Fórum encaminhou-os “para uma terapia” pois observou, segundo M., que seu esposo não se encontrava tão disposto a adotar quanto ela. Inicialmente, os dois pareciam bastante cautelosos, como se escolhessem as palavras a serem usadas, dando a idéia de proteger-se. Na medida em que questiono a origem do desejo de adotar e como toda a mobilização em torno do assunto ocorreu, o casal parece desvendar o mais fatal dos segredos (tamanho a carga emocional contida na revelação): “nós temos problemas psiquiátricos!”, diz M. aliviada em dizer, e temerosa aguardando minha condenação. Aos poucos percebiam que a condenação não vinha e, então puderam falar de seu temor sobre o julgamento que “a psicóloga” poderia fazer e que por isso, protelaram tanto a decisão de vir me procurar. Mais relaxados contam como se conheceram e que já fizeram terapia por muito tempo e que não gostavam da idéia de repetir a experiência. Finalmente, a proposta de trabalho é explicada para o casal que, menos defensivo, parecia ter empatia com a pesquisadora e se identificar com a proposta, pois ao mesmo tempo pareciam confusões em relação à decisão de adotar (“nós não sabemos se vamos conseguir, mas pelo menos, precisamos entender o que está acontecendo”).

O casal aceitou participar da pesquisa por meio de uma autorização por escrito e uma segunda entrevista foi marcada para aplicação do roteiro I e então deu-se andamento a coleta de dados.

Entrevista nº 2:

Esta entrevista buscou abordar a motivação e a preparação/disponibilidade do casal para a adoção, seguindo como parâmetro o roteiro I de entrevista.

Início perguntando como eles se conheceram e M. diz que foi no hospital em que ambos estavam internados. Ela relata que aproximou-se dele, porque viu que no seu crachá estava escrito um sobrenome italiano e resolveu perguntar sobre a origem do nome dele. A partir deste momento começaram a paquerar-se dentro das limitações da rotina do hospital. Neste momento M. descreve com detalhes a rotina vivida e as regras que lhe eram impostas no hospital, demonstrando que esta experiência não foi só marcante naquele momento, mas que ainda, parece fazer parte do dia-a-dia do casal pois, buscaram cuidar-se para evitar a volta ao hospital (comportamento controlado pelo medo de repetir a experiência).

M. continua contando que passou um ano e ele voltou a ficar internado, e as pessoas do hospital perguntavam por ela (“aí ele se lembrou de mim e me ligou um dia”). Durante este discurso ela diz que estava fazendo terapia naquela época, e que eles deveriam estar fazendo terapia agora, mas diz que já estão cansados de fazer terapia (ela fez durante 4 anos). Ela continua, contando sobre o reencontro dos dois e da rotina de namoro que estabeleceram a partir daí. Ela conta que sua família e, principalmente sua mãe, não concordou com o namoro, pelo fato dele ter problemas psiquiátricos (“Eu nem liguei, porque se eu discriminá-lo, estaria discriminando a mim mesma....”). Ela relata que ele teve muito mais crises que ela, mas em geral, quando ele estava doente, ela não agüentava a pressão e acabava entrando em depressão. Diz que houve apenas uma vez que ela foi internada e ele não, e ele passa a contar como foi a crise que ela teve nesta ocasião.

Em seguida, ela retoma o discurso e continua contando sobre a aproximação dos dois a partir do compartilhamento da doença (“nos automedicamos, cuidamos um do outro e entendemos o que acontece quando um não está bem”). Aos poucos, relata que foram entrosando-se, ela conheceu a sogra que a aceitou e acolheu (“me ensinou a cozinhar”) e, então, resolveram casar.

M. relata que no início do casamento, ambos passaram a usar uma nova medicação que não deu certo e ambos foram internados. Expressa a dificuldade deste momento, pois ficaram separados durante uns 4 meses. Aliviada diz que depois deste momento nunca mais tiveram nenhuma crise.

Pergunto, então, como era a rotina de cada um antes do casamento e I. conta que morava com seus pais, sua irmã solteira e seu filho. Diz que quase não ficava em casa e que quando chegava, já estava com muito sono, em função do remédio que tomava. Durante os fins-de-semana estava com namoradas (“já namorei com uma prostituta antes de encontrar com a M.”).

M. responde que morava com a mãe até os oito anos . Ela era viúva e ficou com as 3 filhas até que juntou-se com um homem, e M. relata que nesse momento sua vida ficou horrível (ela tinha 8 anos) e quando sua irmã casou M. foi morar com ela, só voltando a viver com a mãe aos 18 anos, quando o padrasto morreu. Mas, mesmo assim, elas não se davam bem e aos 30 anos foi morar com umas amigas. Após dois anos felizes, que foram interrompidos por um encerramento do contrato de aluguel, as amigas voltaram a viver com os pais e ela passou a morar sozinha.

Nesta época, ela relata que namorava com um rapaz que era estudante da USP, que ajudou-a a comprar um apartamento. Ela viveu 5 anos com este rapaz, até começar a ficar doente. M. diz que tentou ter filhos com este rapaz, mas não conseguiu. Após dois anos do fim deste relacionamento, M. conta que o rapaz concordou em tirar seu nome do contrato de compra do apartamento, e hoje, ele está no nome dela e do I.

Em seguida, pergunto como é a rotina atual do casal e I. diz que é gostoso, pois eles se dão muito bem, não brigam e comenta que saem muito pouco de casa. Confessa que é M. quem insiste para sair, ir ao cinema ou ao restaurante.

M. interrompe, dizendo que ela vai muito pouco na casa de sua mãe, pois a mesma não apoia a idéia da adoção (esta mãe foi adotada). Relata que desde o dia que foram ao Fórum, e a psicóloga de lá encaminhou-os para fazer esta psicoterapia, M. ficou “arrasada” (sic) e a mãe criticou-a bastante (“minha mãe veio com mil pedras, sem me dar apoio, dizendo que eu não tinha condições de cuidar de um gato que eu tive, mas que tive que dar pois ele vivia fugindo de casa. Disse também que comprei um carro, mas que depois de um tempo vendi, porque não usávamos por medo de dirigir nas ruas de São Paulo. E aí ela disse: o gato ela deu, o carro ela vendeu...e a criança?”). Justifica com isto, o fato de sua mãe não saber que eles estão vindo na terapia. Conta que a psicóloga do Fórum ficou querendo saber como seria a relação de M. com a mãe se esta não aceitava a adoção, e M. disse: “Eu nem falei para a psicóloga que minha mãe nem liga para os netos, quanto mais para um, que nem neto é!”. Complementa, dizendo que a sogra apoia a adoção e que já prometeu tratar uma criança adotiva como se fosse sua neta.

I. interrompe para contar que seu pai disse uma vez que, não concordava com a adoção, pois achava que eles iriam perder a liberdade.

Em seguida, pergunto quanto tempo depois de casados eles resolveram ter filhos e I. responde que desde o começo, mas que M. acusou problemas para engravidar em função da menopausa. Desde então M. começou a cogitar a adoção e tempos depois I. concordou. I. ressalta que seu desejo inicial era ser padrinho de um menor abandonado, e não exatamente adotar (parece que esta vontade ainda permanece), mas que ele “compartilhava” (sic) do desejo dela.

M. interrompe justificando que sente-se muito sozinha e não adapta-se com a vizinhança, uma vez que as mulheres conversam de futilidades e que isso não a satisfaz. Conclui dizendo que tem uma rotina bastante limitada, em função dos seus medos (ex: andar na rua à noite), e que uma criança poderia preencher este vazio e por isso ela “quer a qualquer custo uma adoção”.

Aponto que o desejo para adotar uma criança pertence unicamente à M. , que se vê apenas apoiada pelo marido, mas não divide este sonho com ele. Ambos concordam com uma sinalização positiva com a cabeça.

Finalizo esta sessão de entrevistas com esta colocação e enfatizando a necessidade de um trabalho de reflexão acerca deste desequilíbrio em relação à motivação para adotar uma criança.

Entrevista nº 3:

Nesta entrevista foi aplicado o roteiro de entrevista com I.

I. mostrou-se muito sucinto, principalmente no que refere-se às lembranças da infância, dizendo que sente dificuldades em guardar na memória este tipo de lembrança e justifica com o excesso de remédios que vem tomando ao longo do tempo. Neste sentido, foi uma entrevista muito rápida com muitas respostas do tipo: sim, não sei, não lembro. I. mostrou-se bastante introspectivo, demorando a responder as perguntas e sendo bastante conciso em suas respostas.

Quanto à infância diz ter não ter lembranças de quando era pequeno, mas diz ter sido mais apegado à mãe, porque ela era mais carinhosa e seu pai sempre foi mais distante. Quanto aos adjetivos relacionados à mãe, diz que o único que vem a cabeça é “carinhosa e amorosa”, porque ela sempre cuidou dele enquanto esteve doente. Quanto ao pai, diz que este nunca foi severo, mas também, não foi muito próximo, mantendo-se distante e voltado para o trabalho. Quanto convidado a lembrar alguma situação da infância, diz não lembrar. As lembranças mais antigas que I. tem de seus pais referem-se ao início da doença e das internações, que começaram a acontecer na vida adulta (“20 e poucos anos”). Relata que nunca foi muito próximo do pai, mesmo porque, trabalhava e estudava o dia todo, chegando em casa muito tarde, o que impedia o convívio mais prolongado com ele. Já com a mãe, sentia-se mais próximo, pois esta estava sempre preocupada e cuidando dele. Em todos os momentos que esteve doente (“Nunca fiquei doente, só depois que descobri que tinha a PMD”), sua mãe era a pessoa solicitada e que sempre correspondia. Nenhuma referência à infância é feita, mesmo quando solicitado, ele já se remete aos últimos 20 anos. Relata que a primeira separação em relação aos pais foi na primeira internação no hospital e que foi muito ruim, porque não sabia onde estava e o que estava acontecendo com ele. Sentia-se confuso,

oras agitado; oras deprimido, e passou muitos dias sem ter notícias de sua família. Tal episódio foi relatado com muita angústia e pesar por I.. Após esta primeira houveram outras separações decorrentes das internações em momentos de crise, e quando se casou com M..

Nega alguma lembrança sobre rejeição na infância. Nega também algum tipo de ameaça que tenha sofrido por parte dos pais.

Quando questionado sobre a influência das experiências vividas com os pais sobre sua personalidade adulta, I. responde que acha-se muito introvertido e quieto, e que isto pode ser consequência de seu convívio em casa. Não correlaciona a doença com as experiências vividas na infância (“porque é uma doença do meu organismo, por isso tenho que tomar remédios para controlar”). Conclui, dizendo não perceber nenhuma influência negativa destas experiências no seu desenvolvimento (“o que eu vivi de negativo, foi no hospital quando estava internado, era muito ruim, e não quero voltar novamente”).

I. não consegue justificar porque seus pais agiram com ele desta forma descrita como “amorosa e distante” e diz que uma pessoa muito importante para ele é o sobrinho que morou com ele, quando I. ainda era solteiro. Diz que este menino, hoje adolescente, preencheu seu coração, e é por isso, que ele não sente tanta necessidade de ter um filho.

I. relata que nunca perdeu ninguém que lhe era próximo na família, mas perdeu um amigo muito querido da infância. Relata que já não convivia com ele, mas quando ele morreu, I. passou a freqüentar a casa da mãe deste amigo, com muita frequência, (“sentia necessidade de ir lá para ficar lembrando dele. Só parei de ir quando comecei a ficar doente”). Diz que não assistiu ao funeral, mas que ficou muito triste e que isso parece ter afetado ele, porém, não conseguiu definir de que forma isto aconteceu. Diz não lembrar de nenhuma perda na infância e a única perda que sentiu, foi este amigo.

I. relata que as experiências mais difíceis que viveu foi no hospital, e estas realmente deixaram marcas, porém foi no hospital que conheceu M..

Nega alguma mudança no relacionamento com os pais, a não ser o fato, de que hoje é ele quem cuida e ajuda os pais, dando um aluguel de uma casa para eles completarem a pensão que recebem. Relata que não tem muito contato com os pais, porque eles moram muito longe (Santo André), e que fica muito difícil para ele e M. visitarem-nos, porque ambos têm medo de viajar. Diz que a única insatisfação que tem em relação aos seus pais, refere-se a sua mãe (“ela fala e grita muito, quando vou lá fico zozzo”).

Quando convidado a pensar sobre seu relacionamento com uma criança e um possível afastamento da mesma, I. volta-se para a relação com o sobrinho, e diz que não gosta de ficar sem vê-lo por muito tempo, pois acha que ele vai esquecer do tio. Relata que este menino lhe é tão querido, que todo seu afeto de pai é voltado para ele. (“mas agora ele

está crescendo e parece não ligar para mim, só quer saber do dinheiro que eu levo para ele todo mês”).

Quando pergunto sobre os 3 desejos que gostaria de realizar para seu filho adotivo, pouco envolvido I. responde que deseja saúde, oferecer um bom estudo e que ele consiga um bom emprego.

No final, I. diz que não acredita que sua infância tenha influenciado a doença que tem, quando questionado se esta fase da vida lhe fez aprender alguma coisa. Diz que acha que será um pai brincalhão, e que não conseguirá colocar limites nas criança, e que isto será tarefa de M.

Entrevista nº 5:

Nesta entrevista foi aplicado o roteiro de entrevista com M.

Quando M. nasceu ela já tinha duas irmãs, e relata que o pai queria muito um menino e por isso eles iam tentando, mas só nasceram mulheres. Ela relata que seu pai morreu por suicídio quando ela tinha três meses, mas ninguém sabe ao certo porque ele se matou, sabe-se somente, que na época ele era alcoólatra. Diz que os tios culpam a mãe e ela nega. Conta que a mãe foi criada com um avó, porque a mãe dela tinha um problema psiquiátrico. Quando o pai morreu, ela, a mãe e as irmãs foram morar com o avô de M.. Diz que todos mandavam nela, porque ela não tinha pai. Conta com muito detalhes as mudanças de casa que fizeram neste intervalo de tempo. Antes do pai morrer, sua mãe não trabalhava, e depois deste fato, passou a trabalhar como empregada doméstica. Quando M. tinha 8 anos sua mãe juntou-se com um homem com o dobro da idade dela e que já tinha filhos com a idade dela (“era um inferno nossa vida, porque ele tinha uma filha desquitada que era péssima, e ele bebia, mas minha mãe não sabia disso antes de se casar com ele. Ele era muito ruim, negava comida, xingava a gente, não batia, mas era péssimo quando estava bêbado”). Relata como sendo muito traumática esta época. Diz que começou a trabalhar com 9 anos como empregada doméstica (“eu subia num banquinho para poder lavar a louça, e ganhava como pagamento o almoço e a janta”). Diz que nesta época tinha que pagar o gás de casa e às dez horas da noite seu padrasto desligava a luz, e ela e as irmãs ficavam fazendo bijuteria, para vender, na luz de vela.

M. diz que logo suas irmãs casaram, e ela foi morar com a irmã mais velha. Quando ela chegou aos 18 anos, seu padrasto morreu e sua mãe veio buscar-lhe. Diz que se mantinha com a aposentadoria do pai até então, e quando foi para a casa de mãe começou a trabalhar, registrada numa fábrica de camisas de futebol.

M. expõe de forma enfática que nunca se deu bem com a mãe, principalmente depois que ela se juntou com este homem. Diz sentir-se abandonada pela mãe, porque até os oito

anos, sua mãe era muito presente e carinhosa, só se dedicando às filhas. Porém, mesmo depois que o padrasto morreu, sua mãe já não voltou a ser do mesmo jeito, mesmo porque, M. passou a ajudá-la na criação do irmão por parte do padrasto, e a mãe acomodou-se muito com esta situação, sempre esperando algo que M. pudesse fazer por ela.

Do pai, não tem lembranças, e do padrasto, parece ter absorvido apenas lembranças traumáticas de medo e humilhação.

Quando peço que pense em 5 adjetivos para caracterizar seu relacionamento com a mãe, M. traz na expressão, sinais de pesar e amargura, e diz que a relação com a mãe foi muito difícil, relata que sua mãe é uma pessoa muito complicada, nervosa e que as duas não conseguem conviver mais juntas. Quanto ao padrasto, ela não sente-se vinculada de forma alguma com ele, relacionou-se apenas com o marido da mãe, além de guardar apenas lembranças traumáticas.

Quando questionada sobre com quem se sentia mais próxima, M. menciona suas duas irmãs mais velhas, que sempre lhe ajudaram nas horas mais difíceis. Menciona que a irmã mais velha também tem problemas psiquiátricos. Completa sua colocação, dizendo que nunca sentiu sua mãe ou o padrasto como fonte de segurança, pelo contrário, porque sentiu-se abandonada e trocada pelo padrasto, pois a mãe escolheu viver com ele e não com as filhas.

Diz que quando ia ao psiquiatra e tinha crise, ela recorria à uma vizinha que ligava para a mãe e ela levava-a para o hospital. Relata que na infância, antes da mãe casar, ela era muito mimada pela mãe (“eu inventava dor de barriga para não ir para a escola e ficar com ela. Uma vez eu quis apontar um lápis com gilete e talhei minha perna e fiquei com medo de que ela brigasse comigo, então escondi. Só depois eu contei para ela”). Diz que depois da vinda do padrasto, ela passou a contar com as irmãs, que uniram-se bastante nesta ocasião.

Pergunto como foi a transição de uma mãe superprotetora, para uma mãe que lhe abandonou, e ela responde que foi uma mudança radical, “porque ela não dava atenção para a gente e ainda tinha os filhos deles enciumados” (sic). M. sentia diferença de tratamento com relação aos filhos e à neta dele, e foi queixar-se com suas irmãs (“eu dormia com ela antes do casamento com este homem. Eu perdi tudo, tudo ,tudo.... Eu nunca fui de brincar na rua, e sempre ficava embaixo da mesa brincando perto dela”). M. continua com as lembranças e diz : “tudo que me acontecia, eu ia para um cantinho e minha mãe vinha me acolher, com o casamento virei uma criança perdida, sabe como é?”. Relata que não lembra do que sentia nesta época. Diz que depois, mudaram de bairro e as coisas pioraram porque também se afastaram do avô.

Diz que nunca separou-se da mãe, com exceção de uma vez, quando ela foi para o hospital por causa de um sangramento de uma veia.

Pergunto como foi morar sozinha (sem a mãe), e ela diz que foi um alívio, pois haviam muitos atributos e “tudo o que eu fazia era motivo de brigas. Ela comprava as coisas no meu nome e não pagava, e eu fui parar no protesto e ela também me explorava para pagar cursos para o meu irmão”. Relata que se dá bem com o irmão, que ele se saiu um rapaz muito esforçado, apesar da educação que a mãe lhe deu. Hoje, é ele que sustenta a mãe, apesar que M. também colabora.

Comenta que a mãe ficou muito depressiva quando M. foi embora, perguntando-se onde tinha errado.

Pergunto se ela entende o porque da atitude da mãe ter mudado tão radicalmente, e ela acha que a mãe sempre foi assim, mas que houve uma época em que ela contava só com as filhas. Diz que gosta muito da mãe, mas que este é o jeito dela, mas que como filha ela demorou a perceber. Comenta que atualmente a mãe está um pouco esclerosada e anda esquecendo das coisas.

Nega a sensação de sentir-se rejeitada na infância.

Conta que uma vez a mãe lhe jogou um objeto, mas porque ela era muito nervosa e “eu acho que era falta de sexo, porque meu pai morreu e ela era muito nova. Ela também tem problema psiquiátrico, mas não chega até o fim da crise e se recupera antes disso.”

Pergunto se estas experiências afetaram a sua personalidade e ela nega, dizendo: “pelo contrário, me tornou mulher, porque aquela menina que vivia numa concha escondida, desabrochou e virou mulher, decidida e foi uma experiência boa”. Aponto que então, houve influência, mas que ela considera positiva. Acha que a mãe age desse jeito porque faz parte da personalidade dela. Comenta que não conversa com as irmãs sobre isso, porque elas tem nível cultural muito baixo, porque a mãe não deixou elas estudarem (M. tem escolaridade superior e as irmãs não conseguiram empenhar-se nos estudos). M diz que com ela foi diferente, porque ela sempre se preocupou com a velhice porque nunca pensou em casar. Justifica que isto a impulsionou para os estudos.

Sente-se muito bem sucedida na vida profissional, mas nunca imaginava que fosse encontrar alguém adequado, e tinha muito medo de encontrar alguém como o seu padrasto. Lá pelos 30 anos, morando com as amigas, relata que ficou curiosa sobre sexo. Então, teve um namorado com o qual perdeu a virgindade, e quando eu pergunto como foi esta experiência M diz que: “foi frustrante porque ele era negro e eu tinha aversão à negros. Eu só aceitei ele, porque queria experimentar o sexo”. Ele estava bêbado e foi muito doloroso a penetração”. Depois disso, conta que conheceu o R. com quem namorou durante 5 anos e

diz que ele fez com que ela mudasse de postura frente aos homens (“ele era muito frio, mas nos dávamos bem na cama”).

Relata que durante a infância só confiava nas irmãs. E que não acompanhou a morte do padrasto.

Considera como perdas significativas os avós e um tio materno, mas coloca que não teme a morte e a considera uma coisa muito natural.

Relata que na infância, o único medo que tinha era de “homem” e que não sabe porque, mas pensa na possibilidade de ter sido a falta de homem dentro de casa que tornou todo e qualquer homem, muito assustador. Relata que demorou muito para namorar.

Não nota diferença no relacionamento com a mãe, mas conta que quando saiu de casa M. disse a ela: “mãe, você é minha melhor amiga” e que sua mãe chorou muito, mas que ela realmente sabe que apesar das diferenças, pode contar com a mãe. Relata que a mãe é muito carinhosa e que M. também sente-se também muito carinhosa com a mãe.

Traz como insatisfação, a interferência da mãe em tudo que diz respeito a vida de M.. Outro problema é a esclerose dela, que apesar de 70 anos, já está confundindo muito as coisas ditas para ela.

Ela se preocupa muito com a possibilidade de sua mãe adoecer e precisar morar com ela, porque vai tirar sua liberdade.

Pergunto como seria se viesse uma criança de 1 ano e que ela tivesse que separar-se desta criança e M. responde que seria muito doloroso. Porém, quanto aos desejos em relação à isto. diz : “quero ser totalmente diferente da minha mãe, sem educá-la para mim, mas para o mundo; queria dar estudo e desejar que ela seja muito feliz, além de poder adquirir mais bens para deixar para ela”.

Diz que será muito carinhosa, mas com rédeas curtas, colocando limites. Já com relação ao marido, M. acha que ele será “um bobão”, porque vai estragar totalmente.

27/04/98

Retomamos a entrevista após uma pausa em virtude de um feriado. I. relata que foram ao médico porque ele sentiu-se mais deprimido e resolveu consultar o médico. Concluem que o uso de um antiinflamatório por dor no braço, afetou o carbolítio utilizado no controle das crises. Ela diz que percebe quando ele não está bem, e aponta para ele. Diz ser a sinalizadora de uma crise, pois observa várias mudanças no comportamento dele, referente à excitação ou depressão. Ela relata que quando foram ao ortopedista para tratar da dor no braço, ela não entrou no início da consulta pois estava no banheiro, e que ele não contou para o médico sobre o medicamento que toma diariamente. Diz que quando ele saiu da

consulta, ela entrou na sala do médico e contou para ele sobre o carbolítio e sobre os efeitos colaterais que pudessem ocorrer na junção dos remédios, mas o médico despreocupou-a dizendo que não havia interferência. (“Tanto não havia, que agora ele está assim...deprimido”). Pergunto como ele reage quando ela aponta as alterações no comportamento, e ele diz que fica bravo, mas aos poucos vai percebendo algumas alterações. Ambos alternam-se descrevendo a rotina em função do estado alterado de I. e do funcionamento bastante isolado de M. em função disto (“Vejo televisão, arrumo a casa, volto para ver o Faustão e ele fica deitado na cama”).

Ele completa dizendo que sente-se incomodado, pois dói todo o corpo e começa a pensar que vai perder o emprego. Relatam, segundo o questionamento da terapeuta/pesquisadora, que é mais difícil lidar com a depressão do que com a euforia, pois ele se isola, falta no emprego e na euforia ele demonstra uma alteração maior, mas é mais tolerável pelas pessoas (“dou balinha para todo mundo”). M. coloca que direciona bastante I., mandando ele ir trabalhar, impulsionando-o a não se deixar levar pela depressão. Ele interrompe dizendo que na euforia ele sente-se mais potente sexualmente, e que na depressão isto reverte-se. Ele comenta também, que a “ajuda” de M. lhe faz bem, mesmo que ele se contrarie.

Relatam que já sabem se controlar em relação às crises (“Já faz mais de 10 anos que temos crises e já sabemos lidar até com a dosagem da medicação”), e se apoiam nestes momentos mais vulneráveis (“que nem, isso que está acontecendo com I. não é nada, vai passar, o problema é quando os dois se perdem”). M. conta que no início do namoro I. tinha muitas crises ela ficava insegura (“eu ficava balançada, porque ficar com uma pessoa em crise é muito difícil, não sei se você já viu, eu ficava mal e irritada com o comportamento dele”). Voltam a comentar sobre a sensação de controle com o carbolítio. M. conta que nas crises pequenas não se sente afetada e ela direciona-o para controlar-se.

Pergunto para o casal sobre o que eles pensam que os unem e M. responde que além de muito amor, existe uma grande compreensão (“por exemplo: nesta adoção. Ele compreendeu a minha necessidade e isso faz que fortaleça o amor. Eu por minha vez compreendo ele, e sou a confidente dele e trocamos idéia. Vivemos muito um para o outro, somos comparsas. Somos muito apegados e onde vamos, vamos juntos”).

I. concorda com M. e exalta a compreensão entre eles.

Aponto como esta compreensão torna-se o porto seguro desta relação, a variável que tornou possível e favorável a sintonia do casal (“quando ele não está bem, eu entendo e quando eu não estou, ele me entende. Agora, quando um só não está bem, é barra.”).

Ambos concordam com o fato de que a compreensão e aceitação da doença, foi o primeiro fator de atração e manutenção da relação.

Pergunto como seria a rotina com uma criança e I. comenta da dificuldade que teria, pois costuma dormir cedo, e nesta hora, deveria ficar com a criança. M. comenta que não consegue imaginar-se com a criança, apenas visualiza as rotinas de cuidados como banho e alimentação. Comenta que isto iria mudar a rotina de vida estável que ela tem (“eu durmo à tarde e não poderia fazer mais isso”).

Ao serem questionados sobre a convivência com uma criança nos momentos de crise, M. diz (“a criança é fruto do meio, então quando estivermos mais agitados, ela vai perceber, só não sei como ela vai reagir”).

Coloco a questão de que eles desejam uma criança maior (2 anos) e que isto pode alterar esta adaptação natural da criança, pois é uma criança que vivia em outro contexto. Aponto que esta criança já estará interagindo mais intensamente com eles, falando, andando e isto, modificará totalmente a rotina já tão estruturada do casal. Pergunto se existe disponibilidade para abrir mão disso e complemento: “as crises cessaram em função também da estabilidade emocional que vocês alcançaram no relacionamento”. M. concorda sobre a importância desta estabilidade e diz novamente, que não consegue imaginar-se com uma criança. Então, coloco se há espaço para ela e M. responde: “Não sei. Não consigo imaginar”). Peço que eles pensem sobre esta disponibilidade, como é possível administrar os ganhos e as perdas que envolvem a vinda de uma criança.

I. coloca que tem um sobrinho de 15 anos e diz que o compromisso dele é dar dinheiro e comenta que sua mãe recrimina a atitude. M. interrompe, dizendo que ele passou a fazer isso com os outros dois sobrinhos (de seu outro irmão) e comenta: “Vai ser um bobão, vai fazer tudo o que a criança quiser”.

Coloco que esta experiência poderá ser muito significativa para I. poder imaginar-se como pai e, perceber de que forma ele envolveu-se com este menino. Ele relembra algumas situações bastante emocionantes para ele (“eu ensinei a mexer no computador, à jogar xadrez...”).

M. comenta que no dia anterior I. cobrou do sobrinho o boletim e eufórica diz: “nossa, mas está virando macho”. I. solta uma risada. Ele continua dizendo que o sobrinho não o chama de tio, mas sim, pelo nome, e que parece estabelecer uma relação de irmão mais velhos.

M. comenta que quando I. tinha uma crise, ninguém reagia de forma diferente, nem o sobrinho, nem a irmã e a mãe, somente o pai. Conta que quando ele estava no auge da euforia, I. sempre candidatava-se à um cargo político (dão muita risada).

Avalio os recursos que eles usam para administrar as situações críticas e encerro a sessão, pedindo que eles pensassem sobre estas experiências, e o que elas dizem sobre a capacidade e disponibilidade para serem pais. I. comenta: “é engraçado, porque eu não me

recorda das minhas emoções, talvez seja um problema de memória, em função dos comprimidos. A infância é uma briga para lembrar-me, e às vezes, até coisas recentes”. M. interrompe, dizendo que a memória dela é muito boa e comenta sobre a fala de I. dizendo que deve ser problema relacionado à doença, “uma forma de defesa” (sic).

04/05/98 - faltaram

11/05/98

M. inicia, contando que não vieram na semana passada, porque ela estava doente e não conseguiu avisar-me.

I. interrompe dizendo “nós estamos abalados. Parece que M. disse que quer desistir da criança”. M. interrompe dizendo “sabe o que acontece, é o seguinte: o I. tem que trabalhar até os 65 anos de idade para se aposentar, e ele diz que o máximo que ele consegue, é trabalhar até os 50 anos.”

I. interrompe dizendo: “É, eu não sei, eu digo isso, mas eu não sei...”

M. continua: “a criança quando é pequena, é uma necessidade; quando grande é outra necessidade... Então, se ele parar de trabalhar, não teremos condições de pagar os estudos para ela. Então, conversamos e chegamos num acordo”.

Pergunto se I. concordou com esta decisão, e ela diz que I. nunca foi muito à favor da adoção. (“ele sempre pensou num apadrinhamento”).

Aponto que esta pode ser uma decisão racional, e I. interrompe dizendo: “Talvez o que você falou para nós, tenha nos abalado”. M. concorda com ele.

Retomo a sessão anterior, e refaço o percurso da sessão, no sentido de promover a conscientização deste desconforto.

M. comenta: “é uma decisão acertada, porque nós precisamos um do outro, o I. diz que hoje ele só me dá trabalho. Eu não penso em trabalhar mais, de jeito nenhum. Se ele pára de trabalhar, dá para nós dois, mas para uma criança não dá.”

I. completa: “Pensamos em viver de renda, com os nossos aluguéis, mas para isso precisamos comprar mais uma casinha. Além disso, eu tenho o meu sobrinho, que me completa.”

Retomo a fala “*estamos abalados*” e peço que falem mais sobre isso. I. começa dizendo que é ruim ver um plano não realizar-se e M. diz que está tranqüila: “ porque desejo muito, mas tenho que pensar friamente. Estas conversas ajudaram muito, porque ajudou a gente a pensar, porque, antes eu - Quero, quero, quero!!! Porém, a gente não refletia e depois dessas conversas começaram a surgir as dúvidas, como por exemplo, se podemos mudar a nossa vida, mas continuo sentindo falta. “

Proponho que continuemos o trabalho, no sentido de refletir mais sobre esta decisão e buscar uma adequação das necessidades racionais/conscientes, dos desejos que conflituam com estas posições tão tranquilas. Reafirmo que foi possível perceber desde o começo que a dinâmica do casal está pouco hermética, impedindo, no momento, a entrada de um ser que necessita dos cuidados e atenção deles e que ambos terão que abrir um pouco mão, um do outro.

Peço que esta decisão também seja sensata sob o aspecto emocional, ou seja, no coração de cada um deles, principalmente com relação a M. que está muito mais mobilizada para ter uma criança. Ela coloca que deseja trabalhar como voluntária em alguma instituição que tenha crianças: “assim eu me cerco do crianças e ocupo o meu tempo. Porém tenho medo de me apegar às crianças, e eu estou muito confusa em relação à isso.” Conta que já fez um trabalho como esse, e quando teve que sair, ela sofreu muito em separar-se das crianças, chegando até a ficar doente. Então, sente medo de passar por isso, principalmente agora, que as emoções estão tão fragilizadas com a doença.

Coloca novamente as razões “lógicas” para desistir, como se quisesse convencer-se. I. fica em silêncio. Ela fala da instabilidade do emprego do I. porque tem muita gente sendo mandada embora. Sente receio de ter que criar uma criança sem o salário do I.. E reafirma que foi por isso que desistiu.

Ela relata que sempre soube da resistência do I. para a adoção.

Coloco: “você (I.) parece está mais envolvido com o papel de tiozão” e M. concorda.

Retomo a importância de refletirmos mais sobre esta decisão, para ser possível a elaboração e uma revisão deste projeto de envolvimento com uma criança. Aponto que eles cuidam muito um do outro e que são, muitas vezes, “mãe e filho”. Riem e concordam.

I. coloca que refletiu muito sobre o que foi conversado e percebeu que não quer dividir o espaço com uma criança, mas que sentiu-se dividido com o desejo da M., querendo satisfazê-la, para que ela não se sinta sozinha.

Aponto que precisamos entender esta grande necessidade de ser mãe, colocada várias vezes por M. durante as sessões.

M. diz que quando está na terapia, ela não entende tudo que é conversado, e que só depois, ela começa a pensar sobre o que foi dito, e aí vem as dúvidas, e ela começa a pensar em perder o espaço. Mas, conclui, dizendo que o que mais contribuiu para a decisão, foi o cansaço do I. em relação ao trabalho. Diz que todas as pessoas não aconselham o casal a ter filhos e não sabe explicar o porquê.

Mostro que eles chegaram muito assustados e defensivos com a “psicóloga” e o medo de sofrerem preconceitos pela doença, o que, de alguma forma inibiu a chegada deles e

também sentem-se incomodados em relação a adoção, pelo medo de serem julgados. I. concorda com o que falo.

M. diz que na sua família existe uma longa expectativa de vida, e por pensar que vai viver muito, a criança poderia cuidar deles.

Coloco, ainda, como a falta de apoio familiar os deixa incomodados e inseguros, principalmente I. Ele retoma o momento em que ambos foram internados, e aponta para a dificuldade de não terem o apoio familiar em situações como essa, principalmente com uma criança, pela qual eles seriam responsáveis.

M. também conta sobre as dificuldades que viveu quando ficou em crise e que chegou a dizer que ia se matar, “só, porque assim, eu sabia que as pessoas iriam me internar, e eu sentia necessidade disso”. Relata que nunca sentiu vontade de matar-se.

A conquista da própria autonomia parece ser algo insubstituível e irrevogável para ambos e a adoção não é um projeto que se complementa, mas que interrompe de alguma forma com esta conquista.

20/06/98

Antes desta sessão, M. entre em contato comigo por telefone, dizendo que I. não poderia mais comparecer às sessões de terapia, porque estava sendo muito pressionado no emprego e que o chefe não permitia que ele saísse mais cedo do trabalho (a sessão acontecia nas segundas-feiras às 17 horas). Tento propor um novo horário, mas a única possibilidade, seria à noite, e neste caso, eles não saem porque tem medo. M. coloca que I. parece não estar mais interessado em vir na terapia, porque eles já tinham resolvido por desistir da mesma, e que para ele estava tudo bem. Aponto que M. parecia estar muito mais envolvida com o desejo de adotar, e que a decisão tomada na última sessão, era uma decisão racional, mas que talvez “o coração” não estivesse tão certo disso. Ela concorda, e eu peço que ela compareça, mesmo que sozinha, na próxima sessão, para falarmos sobre isso. Ela aceita e sua voz parece aliviada ao telefone.

M. vem à sessão, e retomo com ela o processo de desistência em relação ao projeto de adotar uma criança. Ela começa contando que I. está vivendo um momento muito instável na empresa em que trabalha e sente-se pressionado, além de nunca ter sido muito a favor da adoção. Comenta que ele aceitou, porque ela deseja muito. Ela retoma a idéia do apadrinhamento, dizendo que ela não quer se envolver “pela metade” com uma criança. (“eu já me habituei com a idéia da desistência”). Aponta que I. não agüenta mais trabalhar e que por isso, ele tem tido várias crises fracas, mas que a afetam, além do sentimento de insegurança que esta instabilidade de I. provoca em M.. Coloca seu medo de passar

dificuldades financeiras com um bebê, pois ela recebe uma aposentadoria pequena e I. não se mostra estável na relação com o trabalho (“trazer uma criança para esse meio, só porque eu quero, para satisfazer uma necessidade minha? Eu acho egoístico. Sabe, que pai eu vou dar para essa criança, um homem totalmente inseguro... eu já estou acostumada com ele, é um homem maravilhoso, eu casaria novamente com ele, mas ele tem este problema, ele é inseguro no trabalho, em casa, em tudo. E uma criança na nossa vida... precisaria de cuidados. Aí eu penso, penso, penso, e acho essa decisão a mais acertada.”)

Pergunto o que esta decisão implicava em sua vida e, ela diz que mexeu bastante com ela (“porque sempre sonhei em ser mãe, desde pequenininha, nunca pensei em casar, mas ser mãe - sempre- mas que viesse de mim. Então fui tentando, mesmo com o R.. Os anos foram passando e aí eu conheci o I. mas não sei porque eu não engravido. Então, já casei sabendo que não podia ter filhos”). Continua sua fala, expressando sua frustração em relação à desistência da adoção (“Para mim, dói muito quando vejo crianças, mas ele se preenche com o sobrinho. Eu também tenho sobrinhas, mas elas moram distante”). Relata que já teve convívio com outras crianças e que acabou apegando-se muito, por isso, tem receio de fazer o “apadrinhamento”.

Aponto que o desejo da maternidade ainda permanece, mesmo que a decisão prática e lógica tenha sido tomada. Aponto o desconforto que ela apresenta em relação à insegurança do marido, e que precisamos transformar essas frustrações para que ela possa conviver com este sentimento de forma mais adequada. Retomo a idéia de que a perda deste projeto deve ser elaborada para que não torne-se impecilho para as outras relações com a mãe, com o marido. Retomo a ausência de I. como um fator de dificuldade dele, mas que não reflete, ainda, um amadurecimento dos sentimentos dela em relação à adoção, e que neste sentido, deveríamos continuar por mais um mês, aproximadamente, para refletirmos mais sobre os pontos em questão. Ela concorda e comenta:” Foi muito importante este relacionamento que tivemos com você, porque me ajudou a decidir, porque até então eu insistia, mesmo vendo o I. tão desinteressado. Ele chega em casa e vai dormir. Como vou colocar em casa uma criança que vai sofrer só porque eu quero?” Ela conta que tiveram um gato, e que I. ficou muito triste quando M. mandou o gato embora, porque ele dava muito trabalho. Aponto que a decisão tornou-se uma escolha entre o filho I. (“ele é meu tudo”) e um outro filho. Peço que ela pense sobre quais momentos, este desejo de ser mãe ficou mais forte, pois é importante entendermos o sentido deste desejo tão intenso. Ela pergunta o porque das entrevistas individuais no início da terapia e eu respondo que desejava entender a história de vida de cada um, e como essa história poderia afetar esta decisão atual. Ela conta que ficou curiosa porque I. é muito fechado e ela mostrar-se curiosa sobre as origens das dificuldades dele, e também, irritada com a insegurança que ele demonstrou nos últimos

dias. Quando eu coloco este questionamento, ela concorda sobre sua irritação com I. e com sua mãe, pois ela ficou muito magoada com a postura dela (“não consegui perdoar, não sou mais a mesma com ela”). Ela conta que sua mãe perguntou para sua irmã: “Escuta, e a M. parou com esta idéia besta de adotar uma criança?”. Frases como essa, trazem muita mágoa para M. e ela demonstra dificuldades para lidar com isso, isolando-se a cada vez que isto acontece.

27/06/98 - a sessão foi desmarcada por dificuldades pessoais da pesquisadora/terapeuta.

06/07/98 - esta sessão também foi desmarcada em função de falta de sala na clínica da PUC no horário de disponibilidade da paciente.

13/07/98

Inicia dizendo que o I. está muito nervoso e estafado, em contagem regressiva para as férias. Ele está com medo de ser demitido, porque está ocorrendo muitas demissões na empresa que é uma estatal. Conta que ele brigou com o chefe e isto o deixa mais nervoso. Conta que estão pensando em viajar para o Sul, nas férias. (“ele não está bem nem fisicamente, nem mentalmente, está malzinho mesmo”). Relata que irão ao médico na semana seguinte, e que ela está preocupada com uma sudorese excessiva, e que seu comportamento demonstra que ele está desequilibrado. Pergunto como isto está refletindo-se na relação dos dois e ela comenta que 4 dias atrás ele estava “insuportável”, mas que ela ficou controlando-o e ele melhorou. Questiono sobre como é ter que controlar tudo e ela relata que está num momento muito bom: “desde que me aposentei, estou muito equilibrada, e além disso, tomo homeopatia para tratar minha menopausa, e isto tem me feito bem”.

Relata por uns dez minutos o seu bem estar e principalmente sua melhora sob o aspecto psiquiátrico e a medicação que usa.

Ela retoma o assunto do marido, criticando seu descontrole emocional e sua postura na vida profissional, sua fala explicita a relação *forte X fraco* que se estabelece entre eles. Ela relata que buscou ajuda nas orações (ela é católica) para suportar o humor e a carência de I. nestes últimos dias. Ela comenta que irá no fim-de-semana a um show com sua mãe e que ele já está preocupado com sua ausência.

Pergunto o que a religião proporciona a ela, e ela conta que é uma “pessoa que precisa de Deus” (sic).

Ela me entrega uma redação que fez em resposta ao meu pedido sobre a reflexão acerca do desejo de ser mãe. Peço que ela leia. Inicia com infância e conta todo o seu contato com a mãe e com os homens. Ela encerra a redação de 30 linhas aproximadamente com a conclusão sobre a impossibilidade de ter filhos biológicos: “foi aí que vi meus sonhos morrerem”. Relata que nunca gostou de bonecas, só de “bonecão”, mas que sua mãe não tinha dinheiro para comprar, até que nasceu seu irmão, e ela ficou muito feliz. Relata detalhes do seu desenvolvimento e de lembranças como experimentar o leite da mãe, durante amamentação do irmão. Lembra-se de muitos detalhes do irmão e das reações de sua mãe. Neste momento descreve seu papel de filha e de mãe, que a medida que foi crescendo, foram ficando cada vez mais fundidos em relação às expectativas de sua mãe sobre seu desempenho com o irmão (“ela não era legal comigo, ela me prejudicou em função dele, roubava minhas gorjetas, obrigava-me a pagar cursos para ele, etc.”). Por outro lado, relata que sempre gostou muito do irmão, e que tudo isto não afetou sua relação com ele. Diz que seu padrasto também foi péssimo com o irmão, e que ele nem toca no seu nome.

Aponto como M. sempre desempenhou o papel de adulta e de auto-cuidadora, além de sentir-se culpada em relação aos cuidados para com os outros, como mãe e irmão, e agora com o marido.

Retoma a disponibilidade do I. para a paternidade, já que ele ainda é o “filhão” que é tão bem cuidado por ela. M. diz imaginar que seu marido seria “um paizão porque ele é um tiozão” e eu questiono se estes papéis são iguais. Ela diz que não sabe responder.

Ela interrompe e coloca a idéia de que um filho seria uma companhia para ela sentir-se menos sozinha. Aponto que mesmo um filho não poderá preencher todos os seus vazios.

Ela retoma dizendo que I. passa o dia inteiro chamando seu nome, e que é por isso que ele não quer adotar, porque não quer perder esse espaço. Diz que o ama muito, que ele a faz muito feliz, mas que tem este lado. A partir desta fala, coloca que ela precisa cuidar dele e do que ele oferece em troca, que é este carinho e amor. Mas que isto, é uma opção e que ela já achou o “bonecão” que ela precisava cuidar, mas que ela ainda não aceitou esta escolha.

Afirmo a necessidade de respeitar-se e saber seus limites, mas também que cresceu desempenhando o papel de cuidadora, mas que a doença mostrou que ela não é tão forte assim, e que precisa ser cuidada. Ela concorda, e diz que coloca limites para I. quando este abusa dos seus cuidados, e da atenção que ela dispensa para ele.

Ela diz que encontrou tudo que esperava num homem: “ele é caseiro, não bebe, é carinhoso, é mão aberta, me dá tudo o que eu quero, é tudo o que eu quero, tem apenas

este problema psiquiátrico”. Completa dizendo que ele só poderia casar com ela e vice-versa, e aponta que a complementaridade se deu na doença reconhecida e compartilhada entre eles. Eu completo um pouco mais: “lembra uma relação entre mãe e filho, onde há um cuidador e um cuidado, um forte e um fraco”. Aponto que ao mesmo tempo ela tenta se rebelar e pedir cuidados, e o fato de estar sozinha na terapia é um bom exemplo disto.

Ela se contradiz, dizendo que existe uma relação de troca e que I. preocupa-se em satisfazê-la, como fez, quando concordou em adotar uma criança, porém, isto não reflete um equilíbrio na relação.

20/07/98

Chega e mostra-se ansiosa para contar que na noite anterior foi num enterro de um tio dela e que reviu muitos parentes queridos que há muito tempo não via. Relata que sente-se cansada porque isto ocorreu na noite anterior, e na sexta -feira tinha ido a um show com a mãe. Diz que I. ficou bastante indeciso em acompanhá-la ao enterro e que sentiu-se incomodado lá, e no momento do enterro quis vir embora. Conta que ele está dormindo muito e que irão consultar uma médica homeopata, mas que ele anda muito ansioso pelas férias (“ele é muito chorão, e você não pode dar bola se não você fica louca. Ele mesmo quer ir ao psiquiatra e eu desconverso porque sei que não vai adiantar nada. Parece auto-piedade, não sei bem...”). Mostra-se bastante esgotada com “as manhas” (sic) de I. mas quando questionada sobre isso diz: “para mim é normal, já estou acostumada...”).

Pergunto se este “desânimo” de I. está alterando a rotina de vida deles, e após um silêncio, ela relata novamente situações em que I. demonstra-se muito inseguro no trabalho e, que assim, passa a requisitá-la muito mais, e está dormindo muito, deixando-a sozinha.

Relata que por conta própria ele aumentou a dosagem do remédio. Ela comenta: “não sei o que está acontecendo comigo! Eu estou tão bem, não me afeto”. Aponto que, ao contrário de suas reações anteriores, M. consegue se fortalecer na fragilidade de I., como se isto a promovesse mais saudável e estruturada que ele, podendo, inclusive, cuidá-lo.

Comenta que ele aponta o medo que tem que ela venha a falecer primeiro, e com tranquilidade, ela acredita que isto não vai acontecer, não demonstrou medo desta situação.

Retomo o desejo por ter filhos, e ela diz que já não pensa mais nisso e conta que durante o velório do tio, aproximou-se um parente e ela apresentou o marido. Em seguida esta pessoa perguntou se eles tinham filhos, e ela com um sorriso reproduz sua resposta: “Não, eu casei com muita idade.” Comenta que esta, é a resposta que usa nestas situações, como se fosse uma arma contra perguntas invasivas sobre este assunto. Comenta que antes ela explicava-se muito para as pessoas e comenta: “...na verdade, foi isso mesmo, casei com

42 anos e nesta idade ninguém tem filho. Pode até ter, mas é mais difícil. Eu sacramentei esta idéia dentro de mim.”

Comento sobre seu papel de cuidadora em relação ao I. e que ele é o seu “filhão”. Ela concorda, e diz que após a sessão anterior ela comentou com I. sobre “o fato de um ser muito filho do outro e que isto pode não ser tão bom assim e ele respondeu - Você é a mãezona”. Ela ri e reconhece que seu papel é complementar a necessidade dele (“é não tem jeito, eu sou mãezona mesmo”).

Pergunto se isto afeta a vida conjugal, sexual deles e ela nega, porém afirma que neste momento, estão tendo “uma frequência sexual muito baixa, só uma vez por semana” (sic), e justifica pela depressão que ele está passando e que ele fica “terrível” e passa a perguntar para ela: “você quer que eu vá a um urologista” e ela responde que não, mas pede que ele fume menos, para aumentar a potência sexual. Comenta que ela sente muita falta, “pois preciso muito de sexo” e que antes ela cobrava muito dele. Aponto que ele comporta-se de forma alto-piedosa e ela concorda enfaticamente, dizendo que ele se mostra desta forma em todos os aspectos.

Ela expressa sentir “dó” do marido pela fragilidade, e completa dizendo que ao mesmo tempo, ela não pode dar conta de tudo.

Quando refere-se ao futuro, diz que não preocupa-se com o aspecto financeiro, pois eles são muito econômicos, mas que se preocupa com a velhice e com quem irá cuidar deles, e que a idéia de ter um filho era também pensando neste problema, “porque os filhos sempre fazem algo pelos pais”. Mostra-se angustiada ao falar neste assunto e complementa sua fala: “... mas, seja o que Deus quiser, vamos para um asilo, ou alguma coisa assim”. Demonstra sentir-se desamparada.

Pergunto sobre seus desejos e sonhos que ainda não foram realizados e ela responde: “o que eu queria era engravidar....mas isso, sei que não dá, desde o ano passado. Mas hoje, o que eu não quero é ser internada, eu e meu marido”. Comenta que sua mãe orientou-a que quando alguém morre, devemos pedir ao falecido que leve com ele as doenças e os perigos da vida. “Aí, ontem, eu pedi tanto para o meu tio levar a minha doença, porque lá (hospital) é tão triste e eu não quero voltar, mas tenho medo do I. voltar para lá”. Coloca que isto a faz sentir-se ameaçada. Comenta que encontrou com uma amiga que depois de seis anos sem crise, voltou a ser internada e que isto a deixa vulnerável e deprimida.

No fim desta sessão, M. começa a contar sobre sua família e do medo que suas sobrinhas têm de ter a doença que ela e sua irmã adquiriram. Ao falar sobre isso, expressa o seu desejo de não ter este problema, para poder ter uma vida “normal”, inclusive ser mãe.

27/07/98

M. faltou neste sessão e quando contatada por telefone, coloca que não deseja continuar mais a terapia, pois vai sair de férias e que já sente-se melhor em relação à desistência da adoção. Por telefone, coloco que a terapia começou a promover um espaço de aprofundamento de seus conflitos mais antigos e dolorosos, e que talvez por isso estivesse tão difícil continuar. Ela concorda, e diz que foi muito bom poder refletir sobre estes assuntos, mas que ela tem medo de não agüentar, junto à vulnerabilidade de I. que tanto a requisita. Peço que ela venha uma última vez para conversarmos e ela aceita, dizendo que trará o marido, parecendo querer proteger-se de seus próprios conflitos.

03/08/98

M. conta que I. teve uma crise no decorrer desta semana e que eles tiveram que consultar o psiquiatra que requisitou uma série de exames, e deu uma licença de 15 dias, e recomendou o uso de vitaminas e desde então ele foi melhorando. Aproveita para dizer que não gostaria de vir mais, porque o objetivo "já foi desvirtuado" e que para ela já encerrou. Pergunta qual é a minha opinião, e eu respondo, fazendo uma retrospectiva da demanda inicial deles - via indicação da psicóloga do Fórum - e que no percorrer do trabalho, eles fizeram uma revisão do desejo de adotar e perceberam que não era um desejo compartilhado entre eles, e que além disso, implicaria numa revisão da relação "cuidadora - filho" que existe entre eles, e que torna-os indisponíveis para cuidar de um terceiro. Ela concorda, mas completa dizendo que à medida em que decidiu não insistir na adoção, ela tirou a idéia da cabeça (mas não do coração!) e que "...começamos a tocar em pontos que machucam, falamos sobre coisas que eu quero esquecer...então eu passo a semana inteira pensando na nossa conversa, e é por isso que eu quero parar. Agora, se fossemos adotar acho que poderíamos continuar, porém já desistimos". Aponto minha compreensão sobre o desconforto de falar sobre assuntos dolorosos, mas também ressalto que é este mecanismo de "evitar falar" que pode estar prorrogando esta dor, e que sob este aspecto, a terapia poderia ajudá-la. mas só se ela se permitisse. Finalmente, coloco que a decisão foi racional, e não emocional, mas que esta é uma decisão que precisa fazer sentido para ela, e não apenas para a terapeuta. (I. permanece em silêncio durante toda a sessão, bastante distante, como se aquilo não lhe dissesse respeito). Sugiro que a terapia seja interrompida e que ela reflita sobre isso e que no retorno das férias do casal, voltemos a conversar para ver como ela ainda se sente. Ela concorda e complementa: "eu já tenho muita experiência com terapia e nunca me incomodou tanto, como tem me incomodado agora. Então, para quê ficar remexendo nas feridas que só me fazem mal. Então, falei para o I. para pagarmos o que devemos aqui na clínica e encerrarmos. Mas se você acha melhor darmos esse tempo e

depois voltarmos a falar, tudo bem. Só que agora vamos parar, porque preciso descansar. O I. me cansou muito nestes dias, porque me requisitou bastante, não sei como não fiquei doente, porque é uma barra muito grande essas doença”. Demonstra-se irritadiça e defensiva, com frases pontuais e uma expressão bastante fechada.

Pergunto sobre as férias, e I. assume pela primeira vez a fala e descreve a programação deles para a viagem. Pergunto como ele se sente, e ele diz que está entrando em pânico com o serviço e descreve seus problemas no ambiente de trabalho. M. interrompe e mostra sua visão lógica sobre o desgaste de I. e relaciona-o com sua vulnerabilidade. Encerra dizendo que sente-se esgotada, mas que está controlando as emoções. Questiono M. dizendo: “será que a terapia não tornou-se uma ameaça à este controle?”.

Encerramos esta última sessão, combinando um contato no mês de setembro e me colocando à disposição do casal, caso queiram falar comigo antes disso.

23/09/98

Entrei em contato por telefone com M. e por meio deste, pude constatar que M. demonstra bastante resistência em trabalhar os assuntos que “doem” e que permanece decidida a não continuar a terapia. Descreve a viagem rapidamente e coloca que I. parece estar mais controlado, pois a viagem o ajudou bastante. M. também coloca que a psicóloga do Fórum entrou em contato com ela, e que por telefone, M. explicitou sua desistência em relação à adoção, mas que a psicóloga disse que se mudarem de idéia, podem procurá-la.

Pergunto como ela está sentindo-se em relação à este comunicado oficial, e ela responde de forma evasiva, que está se sentindo bem.

Encerro o contato, colocando-me à disposição do casal, e que se ele sentisse necessidade de conversar sobre “tais assuntos”, que poderia me procurar.