

Pontifícia Universidade Católica
do Rio de Janeiro



Gisele Aleluia Vieira Alves do Carmo

**Dependência Química e
Relações Familiares:
A importância da família
no tratamento da drogadicção**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio

Orientadora: Profa. Terezinha Féres-Carneiro

Rio de Janeiro
Janeiro de 2003



Gisele Aleluia V. A. do Carmo

“Dependência química e relações familiares: A importância da família no tratamento da drogadição”

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Terezinha Féres-Carneiro
Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a Sonia Beatriz Sodré Teixeira
Instituto de Psiquiatria - UFRJ

Prof^a. Teresa Creusa de Góes M. Negreiro
Departamento de psicologia - PUC-Rio

Prof. Jürgen Heye

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia e
Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2003

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Gisele Aleluia Vieira Alves do Carmo

Graduou-se em Psicologia na PUC-Rio em 1992. Fez especialização em Dependência Química e em Terapia Familiar Sistêmica Breve. Participou como palestrante e congressista em diversos Congressos e Seminários na área de Terapia Familiar e Dependências.

Ficha Catalográfica

Carmo, Gisele Aleluia Vieira Alves do

Dependência química e relações familiares: a importância da família no tratamento da drogadicção / Gisele Aleluia Vieira Alves do Carmo; orientadora: Terezinha Féres-Carneiro. – Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

130 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Dependência química. 3. Família. 4. Terapia familiar. 5. Abordagem sistêmica. I. Carneiro, Terezinha Féres. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Às pessoas que tem tido a
oportunidade de encarar suas
dificuldades, buscando
possibilidades de uma vida melhor.

Agradecimentos

A Deus que, na pessoa de Jesus Cristo, me ensina a cada dia, o quanto vale a pena crer em Seu infinito amor.

A Luis Enrique por sua paciência , amor e fidelidade, me ajudando a concluir este trabalho.

À Profa. Terezinha Feres-Carneiro que me proporcionou a oportunidade de aprofundamento no tema deste estudo.

A Eliana Freire que me apresentou o tema da dependência química de forma tão estimulante, me incentivando a investir nesta área sempre.

A Luiz e Afifa que me incentivaram a estudar e a perseverar .

A Zeneide Jacob Mendes por sua extrema competência e ajuda na execução deste trabalho.

À Jacqueline Vieira e Adriane Sabroza pela infalível força nos momentos difíceis.

A Val, Francisco, Marise, Vera, Dudu e Gabriel pela amizade e convivência sempre divertida e acolhedora.

A CAPES pelo auxílio recebido, possibilitando a execução deste trabalho.

Resumo

Carmo, Gisele Aleluia Vieira Alves. **Dependência Química e Relações Familiares: a importância da família no tratamento da drogadicção.** Rio de Janeiro, 2003. 122p. - - Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objetivo deste trabalho é compreender as características da dinâmica da família em que um ou mais de seus componentes é adicto a álcool e outras drogas. Utilizamos, para este fim, o referencial sistêmico. Entendemos que a dependência química seja tanto uma patologia em si quanto um sintoma de um sistema familiar. Nas relações que se estabelecem entre o dependente químico e os outros membros da família, vai-se construindo uma teia relacional que, muitas vezes, perpetua os padrões disfuncionais que ajudam a manter a dependência. É indispensável, no tratamento da dependência, abordar os vínculos familiares para que o sistema familiar possa encontrar alternativas mais saudáveis de relacionamento, a fim de promover uma progressiva mudança nos padrões de interação que são facilitadores da manutenção do comportamento adictivo.

Palavras Chave

Dependência química ; família ; terapia familiar ; abordagem sistêmica

Abstract

Carmo, Gisele Aleluia Vieira Alves. **Chemical Dependence and Family Relationships: the family importance in the drug addiction treatment.** Rio de Janeiro, 2003. 122p. MSc. Dissertation - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The purpose of this study is to understand the dynamics of the addict's family . For this purpose, we used the systemic approach. We understand that chemical dependence is not only a pathology *per se* but also a symptom of the family system. A web of interrelations is construed from the relationships that are established between the addict and other family members. This web frequently perpetuates the dysfunctional patterns that help maintain the addiction. It is of primary importance in the treatment of addiction, to identify family ties so that the family system may find healthier alternatives of relationships thus promoting a progressive change in the patterns of interaction that help maintain the addiction behavior.

Keywords

Chemical dependence ; family ; family therapy ; systemic approach

Sumário

Introdução	1
I - Dependência Química	8
1 - Drogas psicoativas – considerações iniciais.....	8
2 - Classificação das substâncias psicoativas.....	10
2.1 -Drogas depressoras do sistema nervoso central.....	10
2.2 - Drogas estimulantes do sistema nervoso central.....	12
2.3 - Drogas perturbadoras do sistema nervoso central.....	13
3 - Do uso à dependência.....	15
4 - Co-morbidade e dependência.....	27
5 - Aspectos biológicos facilitadores da dependência.....	30
6 - Aspectos psicológicos facilitadores da dependência.....	32
7 -Aspectos socioculturais facilitadores da dependência.....	33
II - A Família Como Sistema	40
1 - Considerações iniciais.....	40
2 - Princípios básicos do funcionamento familiar.....	41
3 - Estrutura familiar sob a ótica sistêmica.....	46
4 - Estrutura familiar e processo de diferenciação.....	50
III - Dependência Química Na Família	55
1 -A formação do sintoma.....	55
2 - A função da dependência no sistema familiar.....	58
2.1 - Manutenção da homeostase familiar.....	59
2.2 - Manutenção dos papéis familiares.....	61
2.3 - A dependência e os estágios desenvolvimentais.....	64
3 - Características do sistema familiar adictivo.....	69
3.1 - A estrutura familiar adictiva.....	70
3.2 – O processo desenvolvimental nas famílias adictivas.....	75

3.3 – A forma de comunicação das famílias adictivas.....	81
IV - Estudo De Casos Clínicos.....	89
1 – Apresentação dos casos.....	90
2 - Discussão dos casos clínicos.....	97
2.1 - A estrutura familiar.....	98
2.2 - Os impasses desenvolvimentais.....	103
2.3 – A forma de comunicação.....	109
V - Considerações Finais.....	114
Referências bibliográficas.....	119

Introdução

O objetivo deste trabalho é compreender a possível especificidade das famílias nas quais um ou mais de seus membros apresentam comportamento adictivo a drogas. Para isto analisaremos que tipos de relações se estabelecem no interior dessas famílias, utilizando o referencial sistêmico. Acreditamos que esta compreensão seja de fundamental importância para instrumentalizar abordagens terapêuticas cada vez mais eficazes no tratamento da dependência química.

O interesse pelo referido tema surgiu a partir da constatação na clínica da importância da família como peça necessária ao tratamento em várias etapas do processo terapêutico, desde a abordagem inicial do problema à permanência no tratamento e à prevenção de recaídas. Este fato aconteceu por meio da compreensão do funcionamento familiar e de suas implicações na facilitação, manutenção e tratamento do fenômeno da dependência.

Acreditamos que a dependência química seja uma patologia que se estabelece progressivamente pela relação de um indivíduo com algum tipo de substância psicoativa. Essa relação faz com que, aos poucos, o indivíduo vá formando um estilo de vida em função do uso da substância psicoativa, e esse estilo se torne palco da progressão da dependência, permitindo que a mesma se instale.

Percebe-se, a partir daí, que a dependência química é uma doença que tem sua sintomatologia voltada para o comportamento do indivíduo, para o seu estilo de vida, sendo por isso identificada a partir da observação deste. Tal fato envolve padrões de ação e de crenças pessoais muito particulares, característicos dessa condição. O indivíduo, movido pelo impulso físico e psicológico do mecanismo de dependência, altera cada vez mais os seus padrões habituais de ação – ou seja, aquilo que normalmente faria –, passando de forma progressiva a apresentar uma perturbação crônica de comportamento. Muitas vezes o processo de dependência

pode agravar algumas outras perturbações de comportamento que o indivíduo já possuía antes de se drogar, estabelecendo então uma condição de comorbidade.

Acreditamos que todos esses fatores sejam causa de a dependência se apresentar como uma condição tão resistente ao tratamento. As tendências mais atuais para a abordagem do problema apontam para a necessidade de abstinência das drogas, na medida em que o dependente delas parece não conseguir ter uma vida funcional utilizando-as. Contudo, ficar abstêmio parece ser um intento muito difícil para o dependente.

Após ficar abstinente do uso de drogas, o paciente vai se encontrar novamente na situação anterior ao uso, com os mesmos problemas e as mesmas dificuldades. A tendência de voltar ao mundo com drogas é sempre grande e fica maior quando se depara com as velhas dificuldades (Leite, 1998, p. 241).

Este fato também é citado por Donovan e Chaney (1993): “... as evidências empíricas sugerem que 50 – 60% dos alcoólicos apresentam recaídas nos primeiros meses após o de tratamento” (p. 313). A dificuldade parece estar principalmente localizada na necessidade de promover mudanças no estilo de vida adoecido.

É importante ressaltar que o estilo de vida referido acima não é só vivido pelo dependente, mas também por sua família. A observação clínica mostra que concomitantemente à adaptação física e psicológica do dependente, existe a adaptação da família também a esse comportamento do dependente. É como se a família fosse “adoecendo junto” (Krestan e Bepko, 1995). A família vai aos poucos se ajustando ao estilo de vida do indivíduo que vai se tornando dependente, e, com frequência, não parece oferecer muita resistência ao estilo de vida que a dependência imprime. Com o progressivo envolvimento do dependente com as drogas, a esposa, por exemplo, passa a assumir as funções de que seu marido não mais dá conta, tornando-se pai e mãe, e mentindo, para ele não perder o emprego. Os filhos vão aprendendo também o clima de mentira e

silêncio impresso pela família. Os sentimentos são proibidos por serem muito doloridos e causarem muito incômodo. O medo e a vergonha dominam. As relações ficam desgastadas, há brigas constantes, desconfianças, mentiras, uso de substâncias por parte de outros membros da família, conjunto este que torna a convivência familiar caótica e, como conseqüência, agrava o quadro de dependência e o descontrole familiar. A família, assim como o dependente, tem dificuldade de reverter esse processo, e todos os esforços parecem fazer com que as coisas piorem.

Acreditamos assim que entender o comportamento da família é muito importante para um entendimento maior da questão da dependência e da sua abordagem. Se pudermos ter uma visão de que o abuso e a conseqüente dependência de drogas indicam uma dinâmica familiar comprometida, estaremos ampliando nossa compreensão para o fato de não estarmos apenas abordando um indivíduo que se droga, mas um sistema familiar no qual a dependência de um de seus membros é um de seus fatores (Stempliuk e Bursztein, 1999). Então, a dependência química se coloca como doença, comprometendo aquele sistema familiar, e também como sintoma de um sistema familiar comprometido.

Esta comprovação tem embasado o interesse cada vez maior dos profissionais que lidam com a dependência química com relação ao entendimento da dinâmica familiar frente à realidade da adicção. Diversos estudos têm assinalado a eficácia da abordagem da família na redução do abuso de drogas. (Brasiliano e Cobelo, 1994). As abordagens mais atuais tendem a entender que a relação entre o dependente e sua família acontece por meio de uma influência recíproca em que nem o dependente pode ser culpabilizado pelo caos familiar, nem tampouco a família pode ser particularmente responsabilizada pela doença do dependente. Sendo assim, entendemos que o tratamento do fenômeno da dependência precisa integrar tanto os aspectos individuais do dependente quanto os relacionais da dinâmica familiar adictiva.

Nossa experiência de 13 anos com essa problemática comprova este fato. Um dos caminhos para a abordagem da dependência é feito por intermédio da família. Acreditamos que a saúde do sistema familiar adictivo não esteja

exclusivamente condicionada à decisão do dependente químico de se tratar. Ocorre que, muitas vezes, o usuário de drogas se recusa a buscar ajuda, fazendo com que a família se sinta impotente diante do problema. E, caso a família não consiga convencer o dependente a se tratar, todos estariam condenados a “morrer” junto com ele, e a sofrer todo o caminho. A família observa estarrecida uma espécie de suicídio lento e sofrido de seu ente querido, torcendo para que este mal não seja “contagioso, contagiante e hereditário”.

A partir de uma abordagem sistêmica, entendemos que a família pode ser um alvo eficaz de intervenção da questão da dependência. Sendo assim, o tratamento da dependência não estaria subordinado apenas à vontade do adicto de querer se tratar, pois muito pode ser feito se um membro da família atentar para essa problemática. Essa abordagem, portanto, tende a valorizar a família enquanto um organismo dinâmico e poderoso para influenciar e manter mudanças.

O trabalho que atualmente desenvolvemos com as famílias acontece no Setor de Dependência de Álcool e Outras Drogas no Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia RJ. Ele é feito em sessões exclusivas (com uma família) ou em grupo, (com diversas famílias, ou familiares). A indicação para uma situação e/ou outra depende de avaliação prévia.

Qualquer que seja o caso, faz-se necessário abordar três pontos fundamentais:

- A falta de informação da família sobre a questão da dependência e sobre o adoecimento do sistema familiar.
- A necessidade da mudança imediata dos padrões relacionais disfuncionais.
- A necessidade de manutenção desta mudança, que viria com a aquisição de padrões mais saudáveis pelo sistema.

A experiência com Grupos de Terapia Familiar ou de Orientação Familiar revela canais bastante produtivos de tratamento. As famílias chegam ao grupo perdidas e com muita culpa, e ao contarem para outras pessoas a sua história, ou ouvirem a história de outras famílias, têm a oportunidade de ressignificarem seu próprio sofrimento percebendo outras formas de lidar com antigas dificuldades. O

tratamento se inicia pelo desabafar angústias e dúvidas, a princípio voltado para o terapeuta; entretanto, com o passar do tempo, o grupo vai se tornando importante fonte de ajuda, orientação, apoio e fortalecimento de mudanças.

A disponibilidade do familiar (ou da família) para participar do tratamento é fundamental e em geral está relacionada com a gravidade da crise – quanto mais grave mais o familiar parece ficar motivado a participar das sessões. Com o tempo, percebemos que a motivação se desloca para o entendimento da trama familiar e de como seu comportamento pode estar tanto motivando a saúde quanto a doença.

Para embasar essa abordagem terapêutica fez-se necessário um aprofundamento na compreensão da dinâmica familiar adictiva. Sendo assim, este estudo teria como finalidade suprir tal necessidade, contribuindo para um entendimento mais consistente das interações entre os membros das famílias adictivas.

Com o intuito de alcançar este objetivo, o presente trabalho será desenvolvido da forma descrita a seguir. O primeiro capítulo, *Dependência Química*, apresentará conceitos básicos sobre dependência química para que o leitor possa ter contato com a abordagem escolhida, e será dividido em quatro itens. No primeiro item, *Drogas psicoativas – considerações iniciais*, apresentaremos um panorama geral do surgimento da utilização de substâncias psicoativas, traçando um paralelo entre seu uso no início dos tempos e o atual. No segundo item, *Classificação das substâncias psicoativas*, abordaremos as características das principais substâncias psicoativas, focalizando seus principais efeitos e as conseqüências de seu uso. No terceiro item, *Do uso à dependência*, exporemos as diferentes formas de utilização de substâncias psicoativas, priorizando uma de suas possibilidades, que consiste na passagem do uso de drogas à dependência. Iniciaremos descrevendo os critérios utilizados para o diagnóstico da dependência. Embasamo-nos para este fim nos critérios descritos no DSM – IV e no CID 10, por entendermos que essa abordagem é a oficialmente aceita no diagnóstico da dependência, e também por ser a que melhor instrumentaliza nosso estudo. É importante ressaltar que, de acordo com o critério

adotado neste estudo, a ênfase do diagnóstico da questão da dependência é dada à relação estabelecida com a substância, e não à especificidade da droga utilizada. Finalizaremos descrevendo o processo vivido na dependência química, por meio do modelo cognitivo-comportamental de Vernon Johnson (1999). No quarto item trataremos dos possíveis fatores condicionantes desta patologia, abordando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

No segundo capítulo, *A família como sistema*, abordaremos a família enquanto berço primário das relações, priorizando o contexto das interações entre seus membros. Para tal fim, discutiremos no primeiro item, *Princípios básicos do funcionamento familiar*, o conceito de família enquanto sistema, descrevendo seu funcionamento pelo referencial sistêmico. No segundo item, *Estrutura familiar, sob a ótica sistêmica*, aprofundaremos o entendimento da estrutura familiar por meio dos conceitos de Salvador Minuchin de padrão transacional, subsistemas, fronteiras e hierarquia. No terceiro item, *Estrutura familiar e processo de diferenciação*, discutiremos como se dá o importante processo de diferenciação na estrutura familiar, conceito este que embasará o restante de nosso estudo.

No terceiro capítulo, *Dependência química na família*, faremos uma articulação entre os dois capítulos anteriores, analisando as possíveis funções do fenômeno da dependência no sistema familiar. No primeiro item, *Formação do sintoma*, discutiremos o conceito de sintoma segundo a ótica sistêmica, e sinalizaremos seu papel no sistema familiar, pontuando sua característica ambivalente de sofrimento e de proteção para o sistema. No segundo item, *A função da dependência no sistema familiar*, discutiremos de que forma este sintoma se articula na estrutura familiar, sinalizando suas três funções básicas – manutenção da homeostase familiar, manutenção dos papéis familiares e a dependência e os estágios desenvolvimentais. No terceiro item, *Características do sistema familiar adictivo*, apontaremos as principais características das famílias adictivas, e discutiremos como o sistema familiar se comporta, em sua dinâmica relacional, na presença deste sintoma. Para este fim, optamos por tratar da questão através de três perspectivas – abordando a estrutura familiar adictiva, o

processo desenvolvimental das famílias adictivas e a forma de comunicação existentes nessas famílias.

Finalizando, no quarto capítulo, *Estudo de Casos Clínicos*, ilustraremos as considerações teóricas com o estudo de quatro casos clínicos, ressaltando as características apresentadas no item anterior.

I

Dependência Química

1 - Drogas Psicoativas

Considerações iniciais

O consumo de substâncias capazes de ativar o cérebro, gerando modificações no psiquismo, tem se tornado um tema cada vez mais preocupante nos dias atuais. Isto se deve ao fato de ser um fenômeno social e constituir-se em uma das principais questões na saúde pública, especialmente em razão das conseqüências danosas que podem advir desse consumo (Laranjeira e Surjan, 2001).

Os possíveis danos resultantes do consumo de substâncias entorpecentes decorrem tanto do próprio uso das substâncias químicas quanto da vivência do processo de dependência. Problemas graves de comportamento e de saúde – como doenças hepáticas, contaminação pelo HIV, acidentes de trânsito são apenas exemplos desses danos. Como nos informa Laranjeira e Surjan (2001),

“A dependência de nicotina é isoladamente a principal causa evitável de mortes prematuras e o abuso de álcool é a principal causa de acidentes e mortes violentas em nosso meio. O consumo de drogas injetáveis é fator de risco para diversas infecções, entre elas a infecção pelo HIV” (p.2)

No entanto, o uso de substâncias que alteram o humor é também uma das práticas sociais mais antigas e estimuladas (Bucher, 1992). Ao que parece, o uso de drogas tem feito parte da construção da “identidade cultural” dos indivíduos ao longo dos tempos e, como afirma Andrade (2001), este uso se fazia presente principalmente em rituais religiosos: “...sendo os primeiros elementos sagrados,

substâncias psicoativas como o peiote e o vinho, usados também em festividades, rituais de magia e na medicina”. Ainda segundo a autora, “desde a Antiguidade” podemos observar o uso de substâncias largamente utilizadas em nosso tempo, “como a morfina, o cânhamo, o tabaco, a cocaína e o álcool” (p. 9).

“Para fins cerimoniais e lúdicos, os gregos usavam vinho e cerveja, além de uma mistura de extrato de haxixe com vinho para estimular reuniões privadas.(...) Era hábito, nos tempos dos césores, fumar flores de cânhamo em reuniões para provocar o senso de humor.” (p. 11)

Apesar de o uso de substâncias psicoativas ser uma prática antiga, verificamos que sua aceitação social apresenta enorme variação. Enquanto algumas substâncias são liberadas para uso, como o álcool e o tabaco, outras são proibidas ou têm sua comercialização controlada por receitas médicas.

Os critérios que norteiam essa classificação parecem advir da experiência da sociedade diante de determinadas substâncias psicoativas. Tancredi (1982) cita o exemplo da morfina – descoberta em 1803 e cujo efeito analgésico era bastante apreciado –, que chegou a ser aplicada durante a guerra civil norte-americana como forma de combate à dor. Contudo, é sabido que muitas pessoas vieram a desenvolver dependência, não conseguindo abandonar o uso da mesma. Fato semelhante aconteceu com o uso de barbitúricos, cujo início da comercialização foi marcado por um desconhecimento de sua capacidade de causar dependência, o que propiciou serem disponibilizados sem o devido controle fazendo com que muitas pessoas que procuravam um sono tranquilo acabassem por se tornar dependentes de tais substâncias.

Outra ocorrência é descrita por Masur e Carlini (1989) em relação à maconha. De início vendida em farmácias com o indicativo para tratamento de vários males, foi posteriormente considerada uma droga maléfica, capaz de provocar danos. No que tange à cocaína, o processo parece ter sido o mesmo, tanto no Brasil quanto em outros países. Também disponível em farmácias, teve

seu uso proibido no início do século passado em razão de uma epidemia de uso não-médico e dos problemas decorrentes desta situação (Masur e Carlini, 1989).

Tancredi (1982) salienta que o que parece servir de parâmetro para uma mudança de postura, no que se refere à aceitação de uma droga, é o surgimento de determinados “estados mórbidos” ou o aumento crescente do número de usuários. Contudo, faz questão de ressaltar que algumas substâncias como o álcool, o tabaco e certos tranqüilizantes não seguem esta tendência, apesar das conseqüências sociais de seu uso.

“Vê-se que há profundas contradições no processo de tomada de decisões quanto ao estabelecimento de mecanismos de controle da disseminação de uma droga. A origem destas contradições deve ser buscada no complexo jogo de forças e interesses de cada sociedade...” (p. 7).

Diante do exposto, torna-se fundamental conhecer as características das substâncias psicoativas e os efeitos advindos do uso, como também entender as conseqüências em curto e longo prazo das diferentes drogas, nos diversos indivíduos e nos variados contextos sociais em que a mesma é utilizada.

2 - Classificação das Substâncias Psicoativas

As substâncias psicoativas são classificadas na atualidade de acordo com os efeitos que provocam principalmente no sistema nervoso central, os quais constituem o motivo fundamental de sua utilização (Masur e Carlini, 1989).

2.1 - Drogas Depressoras do Sistema Nervoso Central

Estas drogas possuem a capacidade de deprimir o sistema nervoso central, funcionando como uma espécie de freio fisiológico, seja por meio do aumento da atividade de neurônios inibidores cerebrais ou da diminuição da atividade dos neurônios que funcionam como “aceleradores” cerebrais. Em ambos os casos, a “velocidade” do cérebro é diminuída, reduzindo-se assim a atividade motora, o que, como consequência, faz o cérebro funcionar de forma mais lenta. Sabe-se que a maioria destas substâncias possui potencial de criar dependência.

Em função de sua capacidade depressora, a utilização dessas drogas é especificamente útil na medicina, uma vez que ajudam a diminuir o excesso da atividade cerebral, muitas vezes indesejado, sendo a dor um bom exemplo para este caso. Drogas como a morfina mostram-se úteis e funcionais em especial quando a dor física (estado conhecidamente desagradável) se faz presente. Assim como os barbitúricos, hipnóticos e ansiolíticos, cujo uso é bastante difundido para induzir o sono e/ou aliviar o estresse. Contudo, apesar da eficácia dessas drogas para tais fins, as mesmas não agem na causa da dor ou do estresse, apenas combatem seus efeitos, mantendo, assim, a razão primeira do problema a ser solucionada.

Fora do âmbito médico, vemos que o uso dessas substâncias também é bem importante e freqüente. Elegeremos o álcool como principal representante desta categoria, tanto por ser uma das drogas mais usadas pela humanidade quanto pelo fato de o alcoolismo, se apresentar como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade.

O álcool é o mais “famoso lubrificante social” conhecido. Apesar de ser uma droga reconhecidamente depressora do sistema nervoso central, em doses reduzidas age como estimulante do humor. Este fato se deve, paradoxalmente, ao efeito depressor que acontece em camadas cerebrais responsáveis pela censura. O indivíduo tende a se sentir mais desinibido e relaxado; entretanto, com a aumento da ingestão outros efeitos são observados, como a redução da coordenação motora. Caso a ingestão se prolongue, o raciocínio ficará diminuído, o julgamento prejudicado e o humor instável. A partir daí, poderão ser percebidos sinais claros de intoxicação alcoólica, como fala arrastada, náuseas e vômitos,

seguidos de lapsos de memória. A depressão do sistema nervoso central devido ao uso de álcool pode levar, após estes estágios, a insuficiência respiratória, coma e morte (Schuckit, 1991).

No entanto, a maioria das pessoas costuma fazer um uso não-patológico dessa substância, e se beneficiam de seus efeitos agradáveis. Além de sua conhecida utilidade social desinibidora, pesquisas mostram que seu uso regular e moderado pode até ser preventivo para doenças cardiovasculares (Schuckti, 1991).

2.2- Drogas Estimulantes do Sistema Nervoso Central

Neste grupo temos como principal representante a cocaína. Potente estimulante, derivado de uma planta sul-americana chamada coca (ou epadu, como é conhecida no norte do Brasil), era principalmente cultivada nos Andes – os Incas a utilizavam –, de onde foi para a Europa levada pelos conquistadores espanhóis. Muitíssimo consumida, principalmente na Europa, teve seu uso difundido e divulgado nos anos 80, graças a seus efeitos euforizantes. Chegou a ser ministrada como medicamento até o início do século passado, porém a ocorrência de problemas decorrentes do uso indevido da substância, fez com que seu uso fosse proibido por lei.

A cocaína é vendida na forma de um pó branco, semelhante a açúcar e com um custo relativamente alto. Este pó é em geral inalado pelo usuário, que sente quase que de imediato seus efeitos euforizantes com duração média de duas horas. Sensação de poder, força, aumento do apetite sexual, diminuição da fadiga, aumento da atenção são alguns de seus principais efeitos. Com a continuidade da utilização, o usuário passa a sentir-se inquieto, perseguido, e apresenta dificuldade de raciocínio, irritabilidade e tendência à agressividade.

A cocaína possui um alto potencial de dependência, provocando um uso cada vez mais intenso, o que expõe o indivíduo a doses letais da substância. Por

suas características bioquímicas, podem ser encontrados na urina do usuário vestígios da droga por até dois dias após o consumo.

A maioria das drogas estimulantes (cocaína, crack) tem sua venda proibida ou, no caso das anfetaminas, controlada por receita médica. Já a nicotina e a cafeína são os representantes "legais" dessa categoria.

2.3 - Drogas Perturbadoras do Sistema Nervoso Central

Neste grupo estão representadas as drogas que possuem a característica de produzir alteração no sistema nervoso central, causando vários fenômenos psíquicos "anormais". Estas são denominadas também psicomiméticas, pois seus efeitos são semelhantes aos da psicose.

Em nosso meio, o representante mais conhecido desta categoria é a maconha. Droga ilícita mais utilizada no Brasil, seu consumo nos últimos dez anos vem crescendo significativamente entre os jovens brasileiros. Na cidade de Porto Alegre, é a droga mais consumida entre os adolescentes (Lucas, 2000).

O consumo da maconha também é muito comum em outros países. Nos Estados Unidos, é a droga mais difundida depois do álcool e do tabaco, estando o seu consumo localizado sobretudo na faixa dos 18 a 25 anos. Estima-se que de 12 a 50% de todos os adolescentes e adultos jovens da Europa já experimentaram pelo menos uma vez a maconha (Sydon et alli, 2001). No Brasil, existem relatos do uso da maconha desde o descobrimento (Lucas, 2000) e seu uso histórico está ligado principalmente a cerimônias religiosas e empregos medicinais.

No mundo ocidental, principalmente devido aos efeitos alucinógenos que a maconha proporciona, foi comparada aos opiáceos – sendo relacionada como uma droga causadora de dependência. Porém, o próprio Ocidente tem sido palco de pesquisas importantes sobre os efeitos terapêuticos da maconha, que é usada no tratamento de sérias doenças. A discussão sobre a legalização desta droga é

bastante polêmica e seu uso, tanto no âmbito doméstico como no social, ainda é assunto de discussões importantes.

Os efeitos psicoativos da maconha são causados principalmente pelo C9 – tetra-hidrocanabinol (19-THC), isolado em 1964 . Esta substância provém da planta *canabis sativa* e a força de seu princípio ativo está intimamente relacionada à quantidade de luz solar que a planta recebe (Schuckit, 1991).

Normalmente, é usada sob a forma de cigarros feitos com a folha seca, confeccionados pelo próprio usuário. Os efeitos, dependendo da qualidade da droga, podem durar até três horas. Além de fumada, a planta pode também ser ingerida, prolongando-se seus efeitos e tornando a intensidade destes menor. Os principais efeitos são a euforia e sensação de relaxamento. Via de regra, tais efeitos estão especificamente ligados ao estado emocional do usuário e ao ambiente onde a droga é consumida.

A maconha é considerada por muitos especialistas como uma droga perigosa (Kalina, 1991; Lucas, 2000; Lambert, 2001). Isto se deve, principalmente, à constatação de danos importantes em um bom número de usuários crônicos e à idade do início do uso – a adolescência –, quando a formação dos “sistemas cerebral e sexual ainda está se desenvolvendo” (Schuckit, p.177).

Muitas vezes comparada ao álcool, a maconha é uma droga que se presta a um uso crônico. Em geral os problemas decorrentes podem aparecer com o tempo e não são percebidos com muita clareza, provavelmente por não serem agudos, o que facilita a adaptação aos mesmos. Podemos citar como principais conseqüências do consumo crônico: “aumentar sintomas decorrentes da bronquite crônica, tais como tosse, produção de escarro e sibilância; além disso, pode haver, ao longo do tempo, diminuição da função respiratória. Há evidências também de que o fumo crônico de maconha possa ocasionar um aumento de risco para desenvolvimento de câncer respiratório” (Lucas, 2000).

Alguns sintomas psiquiátricos também podem ser observados em usuários crônicos, “como estados psicóticos, despersonalização, ânsia pela droga, diminuição da memória e da organização e integração das informações recebidas.

Geralmente estes sintomas são auto-limitados, podendo cessar em 4 ou 6 semanas de abstinência da droga” (Lucas, 2000).

Vale ressaltar que a maconha não é uma droga potencialmente fatal. Contudo, observam-se na clínica sintomas importantes de abstinência, tais como alteração de sono, anorexia, náuseas, vômitos, tremor, sudorese, agitação e depressão. Após a interrupção do uso, a maconha pode levar em média 30 dias para ser eliminada do corpo e muitas vezes os sintomas de abstinência são sentidos pelo usuário nesta época, o que facilita a recaída.

Nesta classificação também se encontram as drogas produzidas em laboratório, como o LSD e o Ecstasy. Todas as drogas deste grupo têm seu consumo proibido pelas leis brasileiras.

3 - Do Uso à Dependência

A qualidade da relação que o indivíduo estabelece com as drogas está pautada na prioridade que a droga vai assumindo em sua vida. Podemos chamar de uso qualquer consumo de drogas, independente da frequência ou da intensidade. Já o abuso caracteriza uma relação alterada com a substância, sinalizando uso nocivo que resulta em conseqüências adversas.

Embora o caminho do uso até a dependência não aconteça de forma linear, a passagem do abuso para a dependência traz mudanças importantes em nível físico, psicológico e social, caracterizando a síndrome da dependência, conforme descrita no CID 10 e no DSM-IV. A principal diferença entre abuso e dependência se faz pelo agravamento de problemas vivenciados na fase de abuso e no aparecimento de condições físicas e comportamentais bastante características.

Segundo o DSM-IV, para o diagnóstico correto da dependência de drogas é necessário identificar três ou mais dos critérios abaixo que precisam ter ocorrido no período mínimo de doze meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado.
 - b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
- 2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
- a) Síndrome de abstinência característica para a substância.
 - b) Consumo da mesma substância (ou de uma substância estreitamente relacionada) para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- 3) Consumo da substância freqüentemente em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
- 4) Existência de um desejo persistente ou de esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o contato com a substância.
- 5) Muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da mesma ou na recuperação de seus efeitos.
- 6) Abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude da substância .
- 7) Continuação do uso da substância, apesar da consciência de haver um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

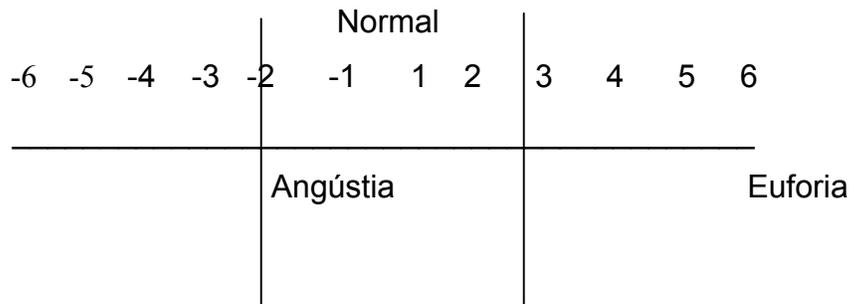
Como já foi mencionado, a passagem do abuso para a dependência não ocorre de forma linear e determinista. Ela é principalmente caracterizada pela “sutileza” da evolução qualitativa entre a possibilidade de controle do uso para a progressiva dificuldade e impossibilidade de exercer tal controle. Sendo assim, a ligação da pessoa com a substância torna-se algo profundamente marcante e resistente a alterações e o indivíduo tende a levar tal memória gratificante ao longo de sua vida.

Devido à falta de unanimidade sobre a origem do fenômeno, parece ser mais fácil descrevê-lo do que explicar suas causas. O âmago do processo de

dependência pode ser entendido por meio da dinâmica das oscilações das emoções.

Esta representação foi proposta por Johnson (1992) e sugere uma forma de compreensão da evolução da dependência através do progressivo processo de aprendizado, o qual é proporcionado pelo contato com a substância psicoativa. E, apesar do autor fazer referência ao álcool na explicação de seu gráfico, entendemos que este pode ser generalizado para qualquer relação de dependência de substância psicoativa, pois tal discussão remete à relação estabelecida e não aos efeitos psicoativos de cada droga. Esse processo é representado pelo gráfico do processo das oscilações das emoções humanas, proposto por Johnson (1992) e está apresentado abaixo:

Gráfico das Emoções



“Na figura 1, acima, os sentimentos humanos estão representados num gráfico da esquerda para direita. Os sentimentos mais dolorosos, situados na extrema-esquerda, passam para sentimentos menos dolorosos, que, por sua vez, aos poucos, passam para sentimentos normais, que, por fim, acabam em emoções estáticas ou de euforia, representadas na extrema direita do gráfico. Assim, os sentimentos passam do desespero suicida para o sentimento eufórico. Teoricamente, todos os indivíduos estão situados em algum lugar, dentro deste gráfico, num determinado momento. Uma vez que todos nós temos oscilações emocionais, durante a vida, cada um de nós passa por

grande parte deste espectro. De acordo com a lei das médias, a maioria das pessoas ocuparia o centro do gráfico durante a maior parte dos dias e dos anos de sua existência” (p. 20).

Nesta representação, as emoções humanas encontram-se divididas em três grandes áreas de sentimentos. Elas podem ir desde “Eu não me sinto nada bem” (-5 a -1) a “Eu estou bem” (1 a 3) e chegar até a “Eu estou muito feliz” (4 a 6) . A maioria das pessoas, na maior parte do tempo, está no centro do gráfico (normal); uma parte estaria “tomada de uma angústia emocional crônica” e uma minoria extremamente feliz. Segundo o autor, 10% de cada grupo se tornam alcoolistas, se referindo assim idéia de que não é o estado emocional original o causador da evolução da dependência. No caso do referido estudo, vamos iniciar a compreensão desta representação partindo do pressuposto de que o indivíduo se encontrava em seu estado “normal” antes do seu primeiro contato com a substância.

O uso de substâncias químicas proporciona um “passeio” neste gráfico. A cada utilização, o efeito da substância é sentido, proporcionando a oscilação das emoções, que é, em sua fase inicial, na grande maioria das vezes, agradável e benigna.

Devido à amplitude do uso do álcool geralmente iniciado em idade precoce, o indivíduo aprende cedo a alterar seus estados de humor. Esta atitude se coloca enquanto mais uma opção no “cardápio dos incentivos exógenos” produtores de prazer ou aliviadores da dor (Esch, 1991).

Alguns pesquisadores apontam para a necessidade de termos uma visão mais crítica a respeito da possibilidade/necessidade de alteração do humor. Milkman e Sunderwirth (1988) afirmam que nosso cérebro é uma “gigantesca fábrica farmacêutica que manufatura poderosas substâncias químicas que alteram a mente” (p.14).

Com isto, os autores chamam atenção para o fato de que a busca pela oscilação das emoções está longe de ser um fenômeno de busca externa, mas uma produção interna do indivíduo. Ou seja, com a afirmação de que “o sistema nervoso central pode produzir seus próprios narcóticos” (p. 13), os autores

tentam desmistificar o poder exclusivamente “alterador e destruidor” das drogas, apontando que a origem desta problemática pode estar na relação de um indivíduo com uma necessidade imperiosa de prazer e a droga que está disponível no momento propício. Concordamos com Esch (1991) quando afirma que o foco da questão da dependência não está no uso das drogas em si, mas na busca ávida por paliativos para as dores e desconfortos existenciais. Esta busca seria motivante para o aparecimento dos mais variados tipos de substâncias modificadoras de humor.

Milkman e Sunderwirth (1988) , então, evoluem para o que chamam de “impulso escravizador de sentir-se bem” (p. 11) ,que será desenvolvido e proporcionará, provavelmente, comportamento compulsivo e progressiva perda de controle nos indivíduos que se engajam em situações que levem às oscilações de humor.

Desta forma, podemos compreender por que é tão comum encontrarmos pessoas que, mesmo depois de terem se afastado da substância que a princípio lhes causava o comportamento compulsivo e a perda de controle, continuam tendo uma relação disfuncional e abusiva com outras fontes de prazer como sexo, jogo, comida ou esporte. Nestes casos, a eficácia do tratamento fica claramente comprometida, já que a relação com as coisas não mudou, e sim o paliativo utilizado.

Importante é dizer que, apesar de o senso comum descrever o dependente químico como um indivíduo que manifesta um desconforto perene e uma sensação de inadequação crônica, muitos estudos apontam para o fato de não haver especificamente uma personalidade pré-mórbida para a dependência. De acordo com o que será apresentado mais adiante, pessoas com as mais diversas estruturas de personalidade desenvolvem dependência. A linha de risco estaria mais ligada a uma conjunção de fatores do que a um tipo de personalidade específica.

Dito isto, podemos voltar ao modelo de Johnson(1992) que demonstra como o processo de dependência se desenvolve por meio da vivência da alteração de humor conseguida pelo uso de substâncias químicas.

Após estudar o ciclo de evolução de dependência de vários alcoólatras, o autor afirma que, antes da dependência instalada “o fundo emocional” de cada um deles era diferente. Contudo, após a instalação desta, ele observa uma espécie de “padrão de angústia emocional” (p. 22) característico. Verificou ainda que este padrão não acontece por um acaso ou “da noite para o dia”, e, sim, por meio de uma espécie de descoberta ou aprendizado das oscilações das emoções. A descoberta da oscilação das emoções a partir do uso de alguma substância psicoativa é um acontecimento vivido até mesmo por pessoas que não são dependentes. Contudo, para alguns, este processo se tornaria patológico.

O processo pode ser representado por duas fases do “Gráfico das Emoções”. Nos primeiros contatos com a substância, a sensação costuma ser bastante prazerosa. A origem do bem-estar pode estar tanto no efeito da substância como na participação de uma espécie de rito de passagem para o mundo adulto, ou ainda no sentimento de pertencer a um grupo. Fica então o registro de uma experiência agradável e, quando a sensação passa, a pessoa volta ao seu estado “normal”: não existe prejuízo algum, não existe custo emocional. No gráfico, esta pessoa que bebe vai de 1 para 2 e, em seguida, retorna para 1, quando o efeito desaparece .

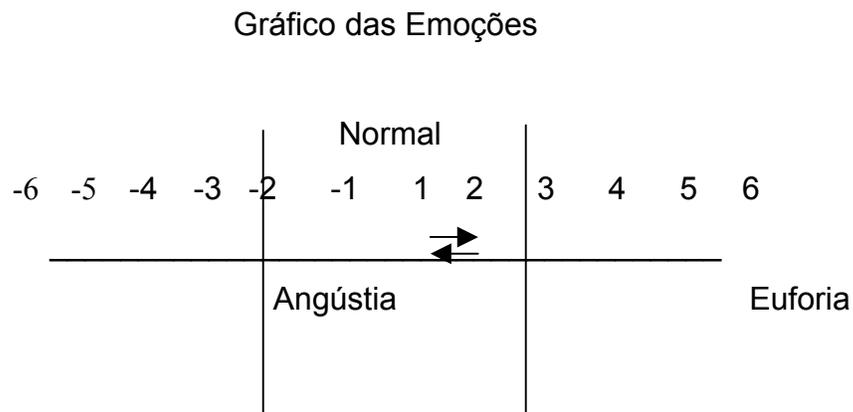


Fig. 2 - O número 1 representa o estado emocional inicial em que a pessoa se encontrava quando do início de sua ingestão. O seu deslocamento até o número

2 indica uma pequena alteração emocional na escala geral do gráfico das emoções. Desta forma, a volta ao estado inicial 1 se torna fácil e automática, não havendo alteração significativa.

O aprendizado de que a graduação do bem-estar conseguido se deve à quantidade de substância ingerida é real e concreto, e reforça a crença da possibilidade do controle desta alteração de humor por meio do uso da substância psicoativa. Estas experiências, por não serem teóricas e sim sentidas, isto é, carregadas de emoção, possuem muita força e serão retidas na memória como um registro positivo.

Assim, na medida em que estas experiências têm continuidade, mantém-se o aprendizado e uma relação extremamente funcional se estabelece entre o indivíduo e a substância. A experiência do indivíduo permite o registro de uma alternativa eficaz de bem-estar, prazer ou de aplacamento de mal-estar.

Alguns autores (Vaillant, 1999; Formigoni e Monteiro, 1997) ressaltam o aspecto evolutivo da dependência, que começa em um relacionamento prazeroso e de ganhos com a substância, podendo passar para um desgaste profundo e de conseqüências nefastas, que caracterizam a dependência.

“A passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para a noite... é um processo que admite uma longa interface entre o beber normal e o alcoolismo, em geral de vários anos. Nesta interface, começam a aparecer os problemas relacionados com o uso inadequado do álcool. O beber passa a ser priorizado em relação a outras atividades, adquirindo cada vez mais importância na vida da pessoa. E, usando uma imagem: quando amigos, família, vida profissional ou preocupação com o próprio corpo começam a ser parte desbotada de uma fotografia antiga, em branco e preto, onde o detalhe que se destaca com mais clareza é o álcool.” (Formigoni e Monteiro, 1997, p. 33)

O tempo necessário para se desenvolver uma dependência não pode ser precisamente determinado. Costuma variar de acordo com a pessoa que ingere a

substância, as substâncias ingeridas, o contexto em que esse uso é feito e como as pessoas lidam com tudo isto. Todos estes fatores formam a equação que resulta na dependência.

A história natural da dependência intercala períodos de funcionalidade e de disfuncionalidade. Nos períodos de funcionalidade ocorrem episódios desagradáveis com a substância, contudo eles não são valorizados até que se tornem – ou pela quantidade deles ou por sua gravidade – mais importantes e “pesados” do que os funcionais, como numa relação de custo-benefício.

Na relação com a substância, o indivíduo aprende, tanto pela própria experiência como pela experiência alheia, que esta relação “prevê” um certo preço físico a ser pago em relação aos benefícios oferecidos pelo efeito. Dor de cabeça no dia seguinte, ressaca, fazem parte do contexto que o efeito proporciona. Estes acontecimentos não costumam causar maiores preocupações, já que, parece fazer parte do senso comum, o fato de que algum tipo de dano físico pode estar presente no hábito de apreciar os efeitos da ingestão de substâncias psicoativas. Na medida em que nenhum custo emocional foi sentido (como, por exemplo, algum episódio que provocasse vergonha por algum excesso cometido), o indivíduo se sente pronto para mais algumas experiências de uso.

“O fato é que pôde reagir à experiência de tal forma que não pagou nenhum preço emocional pela aventura desastrosa. Se suas reais emoções pudessem falar, ele expressaria assim:” - Foi uma grande noite! Havia motivo importante pra ser comemorado, e nós comemoramos de fato. Valeu a pena enquanto durou. Naturalmente, eu não repetiria a dose hoje de noite, mas valeu a pena!”

O diálogo, na verdade, não aconteceu. Não foi uma reação mental, mas apenas emocional. Ele não estava pensando essas coisas, ele as estava vivendo. A grande explosão que se deu nele aparece no próximo gráfico das emoções, sob a forma de uma grande oscilação de sensações, até atingir a euforia; em seguida, o retorno porém estacionado no ponto normal.(...) Foi como se

tivesse pulado por uma colina, agarrado a uma corda, e tivesse voltado ao ponto de partida. Esta é a fase 2, dentro da experiência da bebida: a pessoa que bebe faz um contrato com as oscilações das emoções, e as executa com segurança. Mas, para se tornar alcoolista, as condições da experiência com o álcool começarão a mudar ” (Johnson, 1992, p. 25) .

A mudança não é obrigatória para todas as pessoas que estabelecem relacionamento com substâncias psicoativas. Contudo, sabemos que ela ocorre pelo menos em 15% da população que usa drogas e é principalmente marcada pela maior duração do tempo que o usuário passa utilizando a substância e se recuperando de seus efeitos.

Não se sabe ainda precisamente o porquê desta mudança na relação com a droga, porém alguns autores chegam a descrever como a mudança se dá. Alterações na relação com a substância são notadas, como por exemplo, o uso acima do habitual, de forma que as pessoas mais próximas percebam a alteração no padrão de uso. Ou ainda, ficar intoxicado mais rápido e apresentar danos físicos precoces por uso da substância, como por exemplo uma pancreatite, são sinais deste problema.

Ainda assim, não há como prever quem apresentará ou não estas mudanças que sinalizam o início do processo de dependência, com características muito específicas. O início da passagem da funcionalidade para a disfuncionalidade, do abuso para a dependência, do controle para o descontrole, é impreciso e marcado pelo custo emocional representado no Gráfico das Emoções:

Gráfico das Emoções

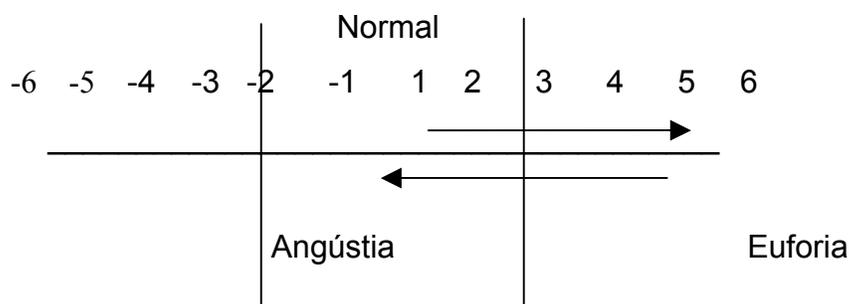


Fig.3 – Neste gráfico podemos observar que há uma grande alteração na escala das emoções. O indivíduo sai do estado emocional normal (1) avançando até a euforia (4) devido ao aumento da quantidade de substância química ingerida. Este fato pode ter ocorrido devido à instalação da tolerância ou à decisão de aumentar a duração e a intensidade do efeito. Em ambos os casos, após a ingestão, o indivíduo precisou de um grande esforço para voltar ao seu estado normal.

No desenvolvimento da dependência, a próxima fase é caracterizada por uma maior clareza da disfuncionalidade resultante da relação com a substância psicoativa, principalmente caracterizada pelo que Johnson (1992) chama de “custo emocional”.

A quantidade e a gravidade das situações envolvendo a perda de controle progressiva e marcante se fazem presentes. Explicações racionais parecem não dar mais conta do tamanho do prejuízo causado por esta relação.

Esta fase pode propiciar uma reflexão sobre a qualidade dessa relação. Contudo, isto pode não acontecer. A pessoa continua “pagando” um preço emocional cada vez maior por cada experiência com a substância. E esse preço pode ser projetado para todas as outras relações, menos para a relação com a

droga. Johnson (1992) afirma que o fato de se pagar um preço cada vez mais alto pelo uso, caracterizaria a dependência. E que seria justamente isto que dificultaria a percepção da raiz de tal processo emocional.

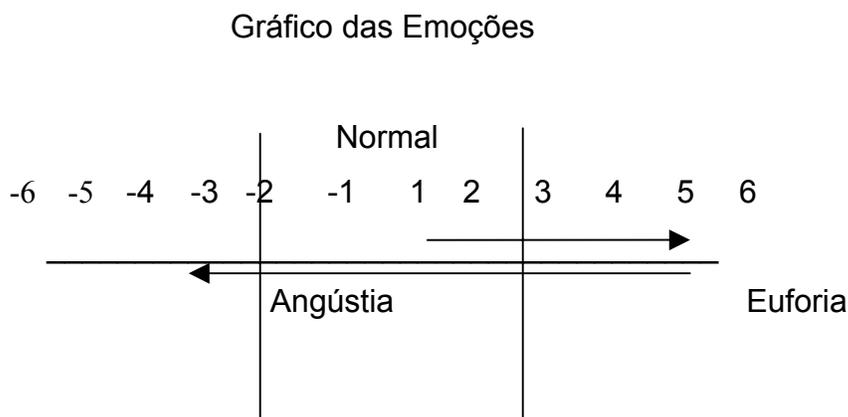


Fig 4 – Com o progressivo aumento da ingestão, os efeitos se tornam mais intensos, indo rapidamente do estado normal para a euforia. O indivíduo, expondo-se cada vez mais a situações de perda de controle, ao ficar sóbrio não volta ao seu normal, sentindo-se angustiado pelas conseqüências de seu hábito de beber.

O indivíduo passa a se defender da realidade que o agride, e se “cobra” pelo seu comportamento disfuncional. As responsabilidades sociais e familiares que não consegue cumprir, o discurso dissociado da prática, o colocam em situações constrangedoras, geradoras de culpa e vergonha.

A partir daí, beber se torna desconfortável. O indivíduo não consegue perceber que valeu a pena utilizar a substância e seu processo defensivo se torna cada vez mais atuante (Johnson, 1992) .

Tais atitudes passam a ser um estilo de vida, em que as situações disfuncionais se avolumam. As defesas intelectuais, as justificativas passam a ser um começo de uma lenta supressão das emoções por parte do intelecto. Isto fará com que ,cada vez mais, o dependente (já podemos chamá-lo assim) viva em um mundo muito particular, povoado por razões e justificativas para o que lhe acontece.

Cada episódio de uso, nesta fase, é seguido de situações geradoras de custos emocionais muito intensos. O dependente sente culpa e remorso. Entende que algo não vai bem, que precisa mudar de alguma forma para evitar esses danos. Percebe como está e repele com vigor recriminações externas, pois já se recrimina intensamente. Pensa em diminuir a frequência de uso, mudar de substância, ou parar de usá-la. Ao tentar essas mudanças, a força do hábito e a adaptação psicofisiológica dificultam seu intento, levando-o a freqüentes episódios de não-cumprimento das promessas de mudança.

O dependente, então, vai progressivamente se sentindo enfraquecido diante da “força” de sua dependência, sentimento este reforçado por sua auto-imagem deteriorada por freqüentes episódios de abuso. Angustiado e encurralado, não sabe mais qual a maior fonte de suas angústias e pensa que se mudasse de cidade, de emprego, de escola, de cônjuge, de família, de droga, tudo se resolveria.

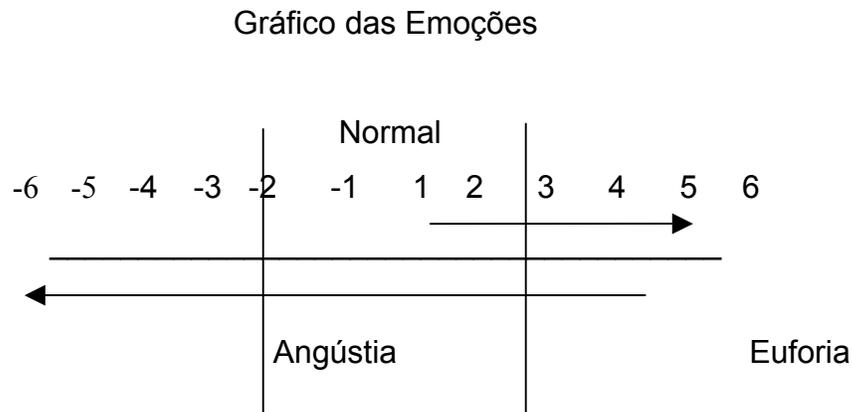


Fig.5 – Com a evolução da dependência, o estado de angústia se torna cada vez mais constante, em detrimento da sensação de prazer proporcionada pelo efeito da substância. Este fato caracteriza um estado de dependência crônico, caracterizado pela síndrome de abstinência.

É comum, nestes casos, a idéia de suicídio, e alguns autores chegam a afirmar que a dependência de drogas é uma espécie de suicídio lento ou um projeto de morte (Kalina, 1980). A dependência é um hábito de destruição progressiva e, se esse processo não for interrompido, o fim da própria vida é uma possibilidade real.

4 - Comorbidade e Dependência Química

Comorbidade é a presença simultânea de duas entidades clínicas no mesmo indivíduo. No caso da dependência química, identificar a presença de comorbidade é fundamental no que diz respeito à abordagem e à definição do tratamento, fato este que influencia diretamente o prognóstico. Sendo assim, ao assinalarmos o termo comorbidade, neste estudo, estaremos nos referindo à presença de transtornos psiquiátricos associados à dependência química.

A dependência de álcool e outras drogas é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes; a dependência de álcool é a principal causa da maioria das internações psiquiátricas no Brasil e também em outros países (Scivoletto e Andrade, 1997). O processo evolutivo da dependência tende a causar alterações importantes no SNC por duas razões: pelo uso agudo (ação imediata no cérebro) e pelo uso crônico (efeitos ao longo do tempo). Por este motivo, ao nos referirmos à comorbidade com relação à dependência, estamos nos reportando a patologias secundárias – as que surgiram devido ao abuso de substâncias –, bem como às primárias, preexistentes ao contato com as drogas.

Leite et alii, (1999) sinalizam que, para um transtorno ser considerado secundário ao abuso de drogas, ele deve ter surgido durante seu período de utilização ou num período máximo de um mês após a interrupção de seu consumo, e os sintomas devem ser similares aos decorrentes das substâncias utilizadas. Por este motivo, muitas vezes, é difícil um diagnóstico preciso quando o indivíduo está utilizando substâncias psicoativas: o próprio uso mimetiza alguns

sintomas e sinais de transtornos psiquiátricos, como agitação, euforia, depressão, alterações de humor, alteração de sono, estados psicóticos, por exemplo.

A comorbidade é usualmente encontrada nos casos de dependência de álcool e outras drogas. Scivolletto (2001) afirma que, em se tratando de adolescentes, cerca de 89% dos casos tenham a presença de outro transtorno psiquiátrico associado à dependência.

Os diagnósticos associados mais freqüentes são os transtornos de humor (especialmente depressão maior) e os transtornos de conduta. Outros diagnósticos podem incluir transtornos ansiosos, esquizofrenia, transtornos de ajustamento, bulimia nervosa e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (p. 74) .

No caso da dependência alcoólica, alguns quadros psiquiátricos são bastante específicos desta condição, como intoxicação alcoólica, síndrome de abstinência alcoólica, *delirium tremens*, alucinação alcoólica, distúrbio amnésico alcoólico, encefalopatia alcoólica, déficits cognitivos associados ao alcoolismo e ciúme patológico. A depressão também está usualmente presente no alcoolismo, sendo encontrada como distúrbio primário e secundário.

O consumo de substâncias psicoativas é em geral associado ao aumento na prevalência dos transtornos psiquiátricos, contudo os estudos não conseguem abordar a relação de causa e consequência das síndromes. No caso da cocaína, alguns distúrbios são mais comumente constatados, como transtornos afetivos bipolares, transtornos ansiosos, transtornos de personalidade e, em menor escala, esquizofrenia (Leite et alii, 1999) .

No que diz respeito ao diagnóstico, algumas questões devem ser observadas. Scivoletto (2001) salienta que este é um problema bastante delicado quando se trata de adolescentes. Muitas vezes o grau de envolvimento em atividades ilegais, observado nesta faixa etária, pode sugerir graves distúrbios de conduta. Entretanto, no decorrer do tratamento tal avaliação deve ser revista, pois a alteração de comportamento pode ser reflexo da dependência, como também das características normais da adolescência.

Leite et alii, (1999) salientam que é importante não compreender a dependência química em função de outra patologia e sim abordá-la como uma segunda patologia:

“ ...visto que a associação entre abuso ou dependência de substância psicoativa e outras doenças psiquiátricas piora o prognóstico de ambas, aumenta o número de recaídas ou reinternações e é acompanhada de um grande comprometimento psicossocial” . (p.186)

No que concerne ao tema anterior, para dependentes de cocaína foi feito um esforço no sentido de classificar subtipos de dependentes, de acordo com as comorbidades apresentadas (Leite et alii,1999):

- a) Pessoas com um histórico de depressão prévia ou de transtorno de atenção, e que utilizam a cocaína como forma de automedicação.
- b) Pessoas com transtorno bipolar, que buscam na cocaína seus efeitos intensos.
- c) Pessoas com transtorno de personalidade, que procuram com a cocaína exacerbar seus sintomas.

Apesar destes estudos não terem mostrado muita sustentação, serviram de alerta para os diferentes tipos de comorbidades, que exigirão diferentes intervenções.

Podemos observar que a dependência química é uma condição patológica tão grave quanto freqüente, o que leva diversos profissionais interessados no assunto a debaterem quais os fatores facilitadores desta patologia. Para tal fim, discutiremos esta questão à luz de três dimensões: biológica, psicológica e sociocultural.

5 - Aspectos biológicos facilitadores da dependência

Os fatores biológicos facilitadores falam do quanto influências hereditárias são determinantes no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas. O conhecimento destes fatores esclarece sobre a forma de como o corpo está reagindo aos efeitos das drogas, fornecendo pistas de como será o comportamento do indivíduo diante da substância.

O processo de desenvolvimento da dependência química costuma ocasionar significativos comprometimentos físicos no indivíduo. Muitos avanços científicos têm sido feitos para a compreensão da dinâmica biológica na dependência de substâncias psicoativas.

George Vaillant, autor de um importante estudo longitudinal na área das dependências (1999), afirma que, apesar de fatores culturais serem bastante relevantes no desenvolvimento do alcoolismo, observa-se uma importante herança familiar no desenvolvimento desta condição. Algumas raças, como os mongóis e os chineses, apresentam baixo índice de abuso do álcool, assim como os índios americanos apresentam índices elevados desta condição. E, apesar de importantes estudos comprovarem algumas diferenças raciais, no que diz respeito à metabolização do álcool, elas não são determinantes para o comportamento de abuso e dependência de álcool.

Entretanto, influências genéticas são consideradas importantes fatores de risco de dependência química (Messas, 1999). Consideráveis estudos com gêmeos mostram que a maior concordância a respeito do abuso e da dependência aconteceu entre irmãos univitelinos, mesmo quando não foram criados juntos ou em ambientes alcoólicos (Ramos, 1998). Com relação às outras drogas, como os tranqüilizantes, por exemplo, foi encontrada uma concordância de 30% em gêmeos, e na dependência de cocaína, 70% (Messas, 1999).

Outros estudos, levando em conta a adoção, aferiram que existe quatro vezes mais possibilidade de um dos adotados se tornarem alcoolistas se tiverem pais biológicos alcoolistas, mesmo sendo criados em um lar não-alcoólico, do que

peças criadas num lar alcoólico sem raízes genéticas para alcoolismo (Vaillant, 1999).

O autor também observa este fato em seu estudo longitudinal em que a presença de um familiar alcoolista seria um fator “prognosticador” para abuso e dependência de álcool. Neste estudo, 10% dos 178 homens que não tinham familiares abusadores ou dependentes desenvolveram dependência, contra 34% dos 71 que tinham história de abuso e dependência na família.

Neste mesmo estudo, na categoria proximidade de parentesco, observou-se que o fato de ter um dos progenitores alcoolista aumenta a probabilidade de dependência em relação a outros parentescos. E que, quanto maior o número de parentes dependentes de álcool, maior o risco de desenvolvimento do alcoolismo.

Estudos com outras drogas também comprovaram grande influência genética com parentes de primeiro grau na dependência de outras drogas como cocaína, heroína, maconha e nicotina. Esta vulnerabilidade estaria relacionada tanto com a dependência de uma forma geral, como com a dependência de cada droga especificamente (Messas, 1999).

A influência genética se manifesta na forma de metabolização da substância psicoativa pelo corpo. É sabido que o alcoolismo provoca uma alteração progressiva na metabolização do etanol e este fato pode ser transmitido geneticamente. Sendo assim, filhos de alcoolistas podem herdar uma capacidade de metabolizar o álcool diferente dos filhos de não-alcoolistas. Estudos importantes têm relatado que filhos de alcoolistas apresentaram menor sensibilidade aos efeitos do álcool do que filhos de não-alcoolistas, ou seja, os primeiros têm menor percepção da intoxicação alcoólica do que os do outro grupo. Este fato facilitaria uma maior exposição ao álcool, conseqüentemente aumentando a possibilidade de alcoolismo (Schuckit, 1991).

É importante lembrar que estas descobertas ligadas à vulnerabilidade genética não significam uma predisposição hereditária – que seria bem mais determinante. Contudo, esta vulnerabilidade sinaliza uma necessidade de atenção redobrada por parte dos parentes de dependentes em seu uso de qualquer substância psicoativa.

6 - Aspectos psicológicos facilitadores da dependência

Os aspectos psicológicos facilitadores vão indicar se características de personalidade facilitam o uso, o abuso e a progressão do processo de dependência.

A dependência do álcool e de outras drogas se manifesta de maneira muito contundente no comportamento do dependente, causando modificações. Muitas vezes tenta-se explicar a causa da dependência levando em conta a forma como o indivíduo se comporta em seu processo de dependência ativa. Contudo, estas são instâncias diversas. Existiria uma personalidade ou personalidades específicas que determinariam o processo de dependência? Como identificá-las?

Muitos autores se esforçam no sentido de traçarem um perfil do indivíduo dependente de álcool e outras drogas. Claude Olieveinstein (1988) , por exemplo, descreve os jovens “anormais” como indivíduos que podem se drogar tanto em grupos ou sozinhos, isolados, tendo em comum o fato de tentarem viver na marginalidade. O autor os descreve como jovens carentes, desorientados, como que despreparados para a vida, com idade entre quinze e vinte anos. Não importando de que meio social vieram, Olieveinstein(1988) afirma que o que eles têm em comum é o fato de estarem “separados” de suas famílias no sentido literal ou figurado. Jovens cheios de “traumas”, tanto por serem filhos de migrantes, ou de minorias raciais, se encontram em suas angústias imobilizando-se a si mesmos com o uso de substâncias psicoativas, fugindo da realidade de suas famílias.

Para o autor, seria necessário “um encontro” de certas estruturas de personalidade com a droga para resultar na “síndrome toxicomaniaca”. Este fato pode se dar de forma acidental ou ser desejado desde muito cedo, na infância ou na adolescência. “Trata-se de uma tendência muito profunda, antiga, que, sob a pressão da angústia, se esforça em atingir o objetivo, custe o que custar, apesar da culpa que sente, pelo menos no início” (Olieveinstein, 1988, p. 5).

A “síndrome toxicomaníaca” então, dar-se-ia a partir de três instâncias. A primeira seria o efeito que a droga proporciona a partir do contato com a mesma. A segunda se apresenta com a progressiva adaptação orgânica aos efeitos da substância, em que o usuário precisa aumentar a dose para sentir seus efeitos positivos, estando ou não a dependência instalada. A terceira instância seria a dependência propriamente dita, quando existiria uma necessidade contundente da substância psicoativa. Essa necessidade pode se manifestar na forma de um desconforto físico e psíquico profundo.

A partir daí, a falta de iniciativa e a descrença no futuro se tornam uma constante na vida do toxicômano, e a única certeza é a necessidade da próxima dose e dela se espera tudo. Seus impulsos se tornam progressivamente voltados para o uso da substância psicoativa e para a fuga do desprazer causado pela sua falta. Com a progressividade da dependência, até mesmo os impulsos sexuais são deslocados de sua condição para a obtenção de uma espécie de “orgasmo farmacológico” (Olieveinstein, 1988). Vivendo em um mundo de ilusão, de um vir-a-ser que jamais se concretiza, o dependente experimenta um crescente desprazer no “mundo real”, caracterizando, assim, o estado de dependência.

Outros autores são categóricos em afirmar que não existe uma personalidade que predisponha para esta condição, apesar de concordarem em relação ao ponto de existir um modo específico de ser dependente químico. Apesar de vulnerabilidades ambientais, tais como abandono na infância, ou psicológicas, como baixa auto-estima, ou de estados de tristeza, serem facilitadores de qualquer patologia, não seria suficiente para afirmar que o dependente de substâncias psicoativas teria este perfil, ou que quem não o tem estaria livre ou protegido da dependência.

7 - Aspectos socioculturais facilitadores da dependência

Este item aborda em que medida o meio, enquanto berço de raízes, práticas e valores culturais, tem influenciado na aquisição e no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas. Para este feito, serão enfocados três

pontos principais: a influência da cultura, o momento socioeconômico e o papel da família como socializadora primária.

As referências culturais sinalizam o permitido e o proibido no âmbito social e privado. Sabe-se que as variadas culturas lidam com o hábito de ingerir substâncias psicoativas de formas diversas. Alguns estudos buscam correlacionar a forma adotada para lidar com a ingestão de substância psicoativa e a incidência de abuso e dependência.

A partir do estudo longitudinal de Vaillant (1999) constataram-se diferenças culturais importantes sobre a incidência de problemas decorrentes do uso de álcool.

Em algumas culturas, como a muçulmana e a hinduísta, a taxa de alcoolismo é muito baixa, na medida em que a restrição ao consumo de álcool é bastante respeitada pela população. Por outro lado, a “lei seca” veio mostrar o quanto a proibição *per se* pode estimular o uso de substâncias psicoativas. Durante a vigência da lei, usar álcool passou a ser um ato revolucionário, desencadeando uma série de problemas para a sociedade americana, que registrou naquela época uma das maiores taxas de consumo de álcool da sua história.

As famílias mediterrâneas tenderam a apresentar menor taxa de dependência de álcool do que as demais. E as de origem anglo-irlandesa revelaram problemas significativamente maiores do que as outras.

Constatou-se ainda que os irlandeses eram mais severos quanto à permissão de beber cedo. Contudo, mostraram-se mais liberais com relação à embriaguez, vista com admiração entre jovens e adultos. Entre os italianos a situação era inversa, com as crianças bebendo desde cedo e a embriaguez considerada uma prática condenada. Apesar de a taxa de alcoolismo infantil na Itália ser uma das mais altas no mundo, entre os adultos essa realidade não se repete com frequência. Já os franceses ensinam suas crianças a beber, mas não estimulam a prática da moderação. Vale saber que a França possui a maior taxa de alcoolismo do mundo.

Enfim, culturas que educam seus membros, desde cedo, para como e onde usar substâncias psicoativas tendem a ter taxas menores de abuso e dependência do que aquelas que simplesmente proíbem seu uso ou as que não estimulam nem valorizam a moderação, fazendo apologia da embriaguez. Entretanto, analisar como a droga é utilizada pode esclarecer como esta cultura está se apresentando.

Bucher (1992) afirma que o uso de drogas, em uma determinada sociedade, costuma ir para guetos e ocupar os espaços do “proibido” quando se diminui o espaço participativo que seu uso pode ter. Seus usuários se tornam marginalizados, o ilícito passa a ocupar um espaço amplo, estimulando uma espécie de cisão social. O uso de drogas passa a ser um sintoma da cultura. Usada, portanto, de maneira disfuncional e destrutiva, a droga reflete as incoerências e as injustiças de determinado meio. O uso de drogas passa a ser um importante componente de um contexto de poucas oportunidades profissionais para uma maioria, de falta de infraestrutura básica, angustiante e desagregador. Justifica-se, assim, a necessidade de desligar-se, de não fazer parte de um contexto tão pouco atraente.

Para Kalina (1999), o estilo de vida destrutivo proveniente de uma personalidade dependente não pode ser desvinculado de uma sociedade que facilita essa relação disfuncional e induz a ela. Considerando-o como um “ator de uma cena alienante”, o autor afirma que o adicto é o espelho do corpo social a que pertence – externa pelo seu comportamento toda a opressão social dominante.

Aqui vale uma discussão mais aprofundada da relação entre o momento socioeconômico vigente e sua influência no consumo de substâncias psicoativas. Podemos considerar que a pós-modernidade é caracterizada pela extrema necessidade de consumo e pela intensa competitividade no mundo do trabalho. A partir do século XX, o mundo em geral foi marcado pelo desenvolvimento intenso do capitalismo, em que o lucro passou a ser o maior valor, muitas vezes em detrimento da ética relativa ao modo de obtê-lo. Cruz e Ferreira (2001), em uma análise sobre o panorama econômico atual e o consumo de substâncias psicoativas, cita Sennet (1999) quando este afirma que a forma contemporânea de

fazer capitalismo produz desempregados em massa, pessoas sem mais nenhum valor das quais a sociedade procura se livrar.

Este fato acaba por produzir um clima de incerteza com relação ao futuro, fato este que se torna grande gerador de angústias. Ao mesmo tempo em que as fontes de estabilidade estão se diluindo no capitalismo, cada vez mais competitivo, vivemos a época dos empregos temporários e das atividades informais, aumentando enormemente a parcela dos excluídos. Tal situação é bastante preocupante na medida em que é uma tônica na atualidade os projetos de vida serem essencialmente ligados às atividades profissionais (Cruz e Ferreira, 2001). Este fato, salientam os autores, tem função central na determinação social da escolha do uso de substâncias psicoativas. Isto torna os jovens especialmente vulneráveis, já que estão no momento tanto de investimento profissional quanto de possível experimentação de drogas. Vendo-se diante de um futuro tão incerto, com tão poucas oportunidades – e ao mesmo tempo com tamanha exigência de sucesso e de consumo –, diante da impossibilidade e da frustração, os jovens se unem cada vez mais em grupos de excluídos, à margem. Vivem um duplo descompromisso, tanto com o mundo do trabalho quanto com um engajamento na sociedade por vivenciarem um processo de exclusão das possibilidades.

Esse processo acompanhou-se de uma degradação dos meios de suporte social, estes compreendidos como a atenção pelos serviços sociais públicos, a inserção familiar e em rede mais ampla, que incluía vizinhos, companheiros de sindicatos e outras associações. Encontra-se assim, cada vez mais, a existência de famílias monoparentais, filhos adultos que moram com os pais e a degradação da sociabilidade popular (Cruz e Ferreira, 2001).

Diante desta situação, o uso de substâncias psicoativas pode ser considerado, de um ponto de vista sociocultural, como uma forma de minimizar o mal-estar gerado por tantas demandas de um mundo extremamente competitivo e exigente. Kalina (1999) afirma que a nossa cultura é cada vez mais desumanizada – em vez de vivermos em função da vida, da natureza, enfim, dos seres vivos,

vivemos em função da luta pelo poder, na qual, segundo o autor, a “bomba que só-mata gente” é o grande exemplo da “desumanização do processo cultural que vivemos” (p. 53). Com a desumanização nos tornamos robôs, e como máquinas precisamos, assim como os helicópteros, aviões e carros, de combustível. A droga, então, aparece como o grande combustível que estimula a auto-estima, dá energia, faz relaxar, enfim, torna a existência menos árida. “Vivemos em uma sociedade tanática e como conseqüência “a existência tóxica” tende a ser a normal, pois neste contexto a autodestruição é homologada ao triunfo sobre a adversidade.” (p. 54)

Assim surgem as adicções legalizadas, pois vivemos em uma sociedade indutora do consumo de substâncias psicoativas. A sociedade respalda algumas substâncias e rejeita outras, mas a possibilidade de se extasiar, sair da consciência, tem sempre seu lugar privilegiado. Tanto pelo viés da busca do prazer e da fuga do desprazer produzido pelo meio sociocultural, quanto pela necessidade de consumo – sendo a droga mais uma de suas possibilidades –, é de se esperar que diante de tamanha angústia a sociedade induza ao consumo de alguns “amortizadores”. Cruz e Ferreira (2001) apontam que a experiência de transcendência, que sempre esteve limitada a alguns poucos – como os pajés –, agora se encontra ao alcance de todos, deixando de ter um objetivo específico e passando a ser objeto de um intenso consumismo. As drogas passam a ocupar o lugar do vazio, da falta, que, como nunca será suprida, conforme salienta Freud (1975) , torna-se objeto de compulsão.

Forma-se ,então, um modelo adictivo de sociedade, que não só induz ao entorpecimento (fato que em si, com moderação, não traria maiores danos), mas à compulsão, ao uso disfuncional de qualquer fonte de prazer ou inibidora de desprazer. “O modelo adictivo é oferecido, assim, ao ser em desenvolvimento, com ou sem drogas, já que o trabalho, a comida, o jogo podem ser equivalentes delas, pelas modalidades adictivas que apresentam estes modelos.” (Kalina, 1999, p. 183)

O autor destaca o fato de que as famílias estão cada vez mais “adictogênicas”, ou seja, apresentam um modelo adictivo de conduta em sua

convivência. Este aparece sob a forma de se relacionar com o trabalho, o sexo, a comida e o poder. “Os que exercem estas funções (modelos adictivos de conduta) são novamente emissores de dupla mensagens, que sintetizo no modelo indutor por excelência: “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”. Nós usamos drogas, mas vocês não devem fazê-lo. (p.183)

Sendo a família a instituição que faz a mediação da cultura, encontra-se mergulhada nos valores atuais de nossa sociedade. Segundo Minuchin (1990) a família tem passado por transformações que acompanham as mudanças socioculturais. Ela tem a função de dar proteção aos seus membros, e, ao mesmo tempo, facilitar a acomodação destes à cultura vigente. Muitas vezes essas funções se contradizem .

O autor afirma que, diante de tantas mudanças no campo socioeconômico, a principal tarefa da família – apoiar seus membros – “tornou-se mais importante do que nunca” (p. 53). É tarefa da família, na condição de menor unidade social, mudar para se acomodar às transformações, e manter uma continuidade necessária, capaz de acolher seus novos membros, que terão ali seu ponto de partida na direção de seu desenvolvimento. Por esse motivo a família também sofre ataques, em função de sua característica conservadora. Ao mesmo tempo em que muda para se adaptar, tenta resistir à mudança apresentando muitas vezes um discurso ambíguo, que também reflete a ambigüidade social.

Ou seja, as tarefas da família não são fáceis. E, apesar de ser a principal responsável pela formação da identidade dos indivíduos, não é a única. Visto que a família está inserida em um sistema social mais amplo, e é condicionada a este de uma forma recíproca, a sociedade deverá desenvolver “estruturas extrafamiliares” (p. 55) que também dêem suporte às novas formas de subjetivação e de construções familiares. “O grande número de famílias, nas quais ambos os pais trabalham fora, por exemplo, criou uma necessidade de serviços de cuidados diários, em grande escala, os quais ainda não estão disponíveis.” (Minuchin, 1990 , p. 55)

E, apesar de a mudança normalmente se deslocar da sociedade para a família (já que a família é a unidade menor) e não ao contrário, isso não tira a sua

força na construção da subjetividade. Neste processo, a família se depara com diversos problemas, tanto advindos dos estresses normais que o próprio processo impõe, como de “acidentes no percurso”, condições muitas vezes fora de qualquer controle.

Minuchin (1990) salienta que o fato de existir uma visão idealizada de família perfeita, onde as pessoas passam incólumes pelas intempéries da vida, faz com que muitas reações, diante de fatos difíceis, sejam categorizadas de forma engessada e debilitante. Na verdade, é esperado haver reações anormais diante de situações também anormais. O que diferencia uma família “saudável” de uma “não tão saudável” não pode ser a ausência de problemas, e sim o modo como o sistema familiar tem se estruturado ao longo de sua história diante dos problemas. Para isso, o autor propõe que a família seja vista como um sistema, como um organismo dinâmico.

Este fato tem levado os especialistas da área das dependências a reconhecer cada vez mais a importância da família em todas as fases do processo de dependência química, desde o uso ou não de drogas, ao abuso, à dependência e ao sucesso ou fracasso no tratamento. Sendo assim, dentre os aspectos facilitadores da dependência, priorizarei o entendimento da família enquanto berço primário das relações.

II

A Família Como Sistema

1 - Considerações iniciais

O ser humano, na condição de animal social, precisa de segurança e cuidados desde que nasce. A família é o grupo social responsável por estas tarefas. Em sua organização se estrutura por meio de papéis e funções que determinam o comportamento que cada indivíduo terá nesse grupo.

A organização familiar se dá a partir dos papéis de pai, mãe e filho. A vivência destes papéis básicos dará ao indivíduo a noção de pertencimento, de compromisso e de identidade que será necessária para o seu desenvolvimento dentro e fora da família. Além disto, pela legitimidade destes papéis as regras sociais são transmitidas, viabilizando o importante processo de socialização.

Tal processo, vivido primeiramente dentro da família, é chamado por Berger e Luckman(1985) de socialização primária. Segundo os autores, é nesse processo que a criança aprende regras do convívio por meio das mensagens explícitas e implícitas que são produzidas nas relações familiares. Neste relacionamento a criança introjeta padrões relacionais que irão nortear suas noções de convívio por toda a vida. Sua forma de amar, de se comunicar, de se relacionar, de priorizar certas coisas em detrimento de outras, seus valores, enfim, seu modo de ser será resultado da vivência relacional no núcleo familiar.

Berger e Luckman(1985) sinalizam que, apesar de a criança não ser passiva neste processo de socialização, os padrões relacionais já estão em curso quando a criança surge na família. Portanto, o processo de internalização desses padrões é inevitável e servirá de base para o arsenal de habilidades que cada indivíduo irá formar ao longo da vida juntamente com sua participação nos diversos grupos e instituições fora da família. Assim, concordamos com Ackerman (1986) quando este afirma: “A família é a unidade básica de crescimento e experiência, desempenho ou falha. É também a unidade básica de doença e saúde.” A força de

influência da família é inegável tanto para o bem como para o mal e a comprovação deste fato impulsionou vários profissionais de diversas áreas a voltarem para a família seu foco de interesse.

2 - Princípios básicos do funcionamento familiar

A importância do entendimento da família enquanto campo de estudo tem sido sinalizada por diversas abordagens terapêuticas ao longo do tempo. Isto porque a influência da convivência familiar na formação da personalidade parece ser um fator indiscutível em quase todas as abordagens acerca do entendimento do fenômeno humano.

Contudo, foi na década de 1950 que o funcionamento familiar passou a ser foco de investigação enquanto terreno de desenvolvimento de patologias mentais. Alguns profissionais que trabalhavam em instituições psiquiátricas atentaram para o fato de que a melhora de seus pacientes provocava o adoecimento de outro membro da família que anteriormente estava saudável e vice versa.

O grupo de pesquisas de Bateson merece destaque especial nestas observações por ser o precursor das noções básicas da terapia familiar. Através de seu projeto voltado para o estudo da esquizofrenia, Bateson e seu grupo – formado por Jackson, Haley e Weakland – procuravam entender a origem e a natureza dessa patologia, principalmente no contexto familiar.

Estes autores formularam a hipótese de ser a estabilidade familiar conseguida através de aspectos relacionais estabelecidos entre seus membros. A patologia, portanto, seria uma forma de estabilizar a família, como ressaltam Nichols e Schwartz (1998):

*“Por exemplo, se cada vez que os pais discutem um dos filhos
exibe comportamento sintomático, os sintomas podem ser uma
maneira de interromper a briga, unindo os pais na preocupação*

com o filho. Desta maneira, o comportamento sintomático serve à função cibernética de preservar o equilíbrio da família, mantendo os pais sem brigar. Infelizmente, no decorrer do processo, um dos membros da família pode ter assumido o papel de “paciente identificado.” (p. 23)

Assim, Bateson, Jackson, Haley e Weakland (1956) publicaram o artigo “Toward a Theory of Schizophrenia” , que assumiria o valor de paradigma em psicopatologia por inaugurar esta nova forma de entender e abordar a doença mental.

Essa revolução paradigmática se deve à mudança do foco do problema. As atenções passaram do entendimento de conflitos internos como fontes de mal-estar, para a crença de que os causadores e mantenedores de sofrimento emocional seriam os padrões de interação disfuncionais dentro das famílias. Isto aconteceria, principalmente, através da forma de comunicação estabelecida no sistema familiar, sendo esta o principal objeto de estudo de Bateson e sua equipe.

Este novo olhar acerca do lugar da patologia teve seu referencial nas idéias revolucionárias propostas por Ludwig van Bertalanffy em sua teoria dos sistemas e por Norbert Wiener, por meio da cibernética (Watzlawick et alli,1993). Os objetos de estudo destas teorias são os mecanismos de interação dos sistemas e o esclarecimento dos princípios que regem e mantêm tais interações. Por meio destas teorias, que estudam o trânsito das informações dentro dos sistemas e o modo como elas são controladas, foi possível compreender a força relacional do sistema familiar.

Assim, a partir destes autores, a família é entendida como um sistema aberto, processando trocas com os outros sistemas com os quais se relaciona. Isto faz com que o sistema familiar influencie e seja influenciado pelo sistema social maior em que está inserido, realizando intensas atualizações com o momento sociocultural vigente.

Como todo sistema, a família é regida por regras que determinam seu funcionamento e que dão o “ritmo” do relacionamento de seus membros. O comportamento de qualquer membro da família afeta e é afetado por todos os

outros. Portanto, uma mudança vivida por um membro da família trará mudança para todo o sistema “obedecendo” à propriedade de globalidade e circularidade que os sistemas possuem.

A família, portanto, não seria simplesmente um conjunto de indivíduos aparentados, mas um todo interdependente em que as condições de saúde e doença circulam pelo sistema por meio de suas interações, só podendo ser compreendidas em seu contexto. Tais interações aconteceriam a partir da dinâmica relacional que permite e regula a sobrevivência da família, possibilitando um senso de continuidade e de identidade que dá sustento aos seus membros.

Este fenômeno pode ser melhor compreendido a partir do esclarecimento de duas outras propriedades dos sistemas que serão particularmente importantes para este trabalho: o princípio da homeostase e o de retroalimentação (Watzlawick et alli,1993) .

Postulado na biologia, o conceito de homeostase diz respeito à capacidade que todo organismo possui de buscar espontaneamente condições de equilíbrio para que lhe seja possível funcionar. É um mecanismo auto-regulador, que permite ao organismo sobreviver às alterações de seu equilíbrio natural. Assim, um organismo ao ser exposto a uma temperatura acima da sua, imediatamente, dá início a mecanismos compensatórios, como, por exemplo, o suor, que objetiva diminuir a temperatura do corpo, restaurando seu equilíbrio inicial.

Este mecanismo compensatório se dá por um processo de retroalimentação do organismo com o meio. O organismo, portanto, consegue restaurar este equilíbrio pela interatividade com o contexto, sendo influenciado e influenciando o meio, recebendo e transmitindo mensagens. Em nível biológico, como no exemplo acima, o organismo só consegue abaixar a temperatura do corpo, a partir de uma mudança simultânea da temperatura do meio.

O efeito deste princípio cibernético nas interações familiares é esclarecedor para o entendimento da manutenção dos padrões relacionais nestes sistemas. Com a função de restaurar o equilíbrio do sistema, o princípio da homeostase estaria a serviço de regular qualquer impacto provocador de mudança e de desequilíbrio na família. Na medida em que é impossível impedir mudanças, cada sistema vai reagir

a elas se fechando pela retroalimentação negativa, ou se atualizando através da retroalimentação positiva.

Este fato está condicionado ao grau de flexibilidade da família ao interagir através de seus padrões relacionais. Se o sistema se organiza de forma a que só suporte graus mínimos de mudança, os padrões relacionais serão rígidos, trazendo sofrimento aos seus membros, devido ao engessamento do sistema. Vale ressaltar que o engessamento citado pode não ser uma condição estrutural permanente, e, sim, momentânea, voltada para alguns assuntos específicos, ou em algumas fases mais delicadas. Entretanto, caso não haja uma intervenção no sentido de identificar a dificuldade, este engessamento poderá se cronificar produzindo padrões relacionais intensamente rígidos que se repetirão por gerações, perpetuando a momentânea disfuncionalidade.

Este fato pode ser observado em famílias nas quais alguns padrões de comportamento se repetem por gerações trazendo sofrimento a seus membros. No caso da dependência química, por exemplo, Stanton (1999) observa que a adicção entra na família em uma determinada geração e costuma se perpetuar ao longo do tempo. As pessoas à volta do dependente “acompanham” seu estilo de vida respondendo de forma complementar ao comportamento disfuncional; este, por sua vez, realimenta a disfuncionalidade, perpetuando o padrão. Algumas pessoas da família tendem a mudar seus horários ou deixarem seus empregos para cuidarem dos dependentes. Podem evitar certos assuntos para não aborrecê-los e não provocarem sua saída de casa. Outros membros podem atuar com mais rejeição e ignorar o dependente, não falando com ele, ou destratando-o. Percebem-se, neste caso, comportamentos complementares e de manutenção do *status quo*. Este padrão, se não for revisto, pode se perpetuar por gerações, fazendo com que atitudes disfuncionais se tornem automáticas e de motivação invisível. O conceito de homeostase, portanto, está no centro da principal função do sintoma na família.

“A homeostase dá nascimento ao conceito de função interpessoal do sintoma. A título de ilustração, considera-se sua função mais como regulador homeostático – por exemplo, no uso da fobia em

um parceiro como forma de aliviar o outro a evitar situações de sobrecarga de ansiedade” (Nichols e Schwartz, 1998 , p. 28).

No entanto, a homeostase não está só a serviço do equilíbrio disfuncional do sistema família. Paradoxalmente, a homeostase enquanto propriedade dos sistemas também está relacionada à possibilidade de mudança para a manutenção da vida. Ackerman (1986) propõe que a homeostase não seja encarada como capacidade paralisadora do sistema, e sim como protetora deste. E seria esta proteção que permitiria seu desenvolvimento através de um processo fluído de mudança, permitindo a chegada de novos padrões relacionais, ao mesmo tempo em que preservaria padrões já instalados que garantiriam os vínculos dos membros do sistema familiar.

Esta dinâmica, portanto, garante o funcionamento e conseqüentemente a continuidade do sistema familiar ao longo do tempo. Como afirma Nichols e Schwartz (1998):

“A família é o contexto dos problemas humanos: e, como todos os grupos humanos, a família tem propriedades emergentes – o todo é maior do que a soma de suas partes. Além disso, não importa quantas e quão variadas sejam as explicações dessas propriedades emergentes, todas elas recaem em duas categorias: estrutura e processo. A estrutura da família inclui triângulos, subsistemas e fronteiras. Entre os processos que descrevem a interação familiar – reatividade emocional, comunicação disfuncional, etc._ , o conceito central é a circularidade. Em vez de se preocuparem com quem começou o quê, os terapeutas de família compreendem e tratam os problemas humanos como uma série de mudanças e contramudanças, em ciclos repetidos” (p.70) .

3 - Estrutura familiar sob a ótica sistêmica

Na década de 1970 Salvador Minuchin, médico clínico e terapeuta de família, apresenta a teoria familiar estrutural que viria a ser uma das abordagens mais influentes no entendimento e tratamento dos fenômenos familiares. Sua abordagem parte do pressuposto de que a família se organiza por meio de padrões que, uma vez conhecidos, decifram o entendimento de sua dinâmica, fornecendo diretrizes eficazes para diagnóstico e tratamento de diversas patologias.

A estrutura familiar é formada por um conjunto de regras encobertas que determinam os relacionamentos entre seus membros. Essas transações relacionais localizam o lugar de cada membro da família, estabelecendo seu papel e a forma com que é exercido. Quando repetidas, as transações relacionais formam padrões permanentes que são chamados de padrões transacionais (Minuchin, 1990) . São estes que dão a identidade e, ao mesmo tempo, mantêm a estrutura familiar tal como se apresenta regulando o modo como seus membros se relacionam.

Este fato pode ser observado nas famílias através de sua dinâmica relacional. Como qualquer outro organismo, o sistema familiar é dotado de fronteiras que delimitam quem está dentro ou fora marcando seu espaço de influência. Cada indivíduo aprende a se relacionar no sistema utilizando-se de regras que podem estar claramente verbalizadas, ou não. Quando, por exemplo, em uma família, as pessoas se sentam para conversar sobre o seu dia, batem na porta antes de entrar nos quartos ou quando toda e qualquer dor, seja física ou emocional, é prioritariamente tratada com a ingestão de medicamentos, estabelecem-se aí parâmetros relacionais de comportamento.

Estes padrões se firmam pela troca entre as pessoas, na pragmática do dia-a-dia, nas pequenas e grandes ações. Quando um pai senta sempre em um determinado lugar à mesa, marcando seu papel de liderança, estabelece seu lugar e sua prioridade na estrutura daquela família em relação aos outros. Ou quando um filho solicita marcadamente afeto à mãe e dinheiro ao pai, são solidificadas a função afetiva vinda prioritariamente da mãe e a função provedora, do pai. Estas

atitudes demonstram papéis, funções e capacitações dentro de uma família que determinarão o que cada membro espera do outro.

Contudo, apesar de serem responsáveis pela manutenção da estrutura familiar, os padrões transacionais podem não ser visíveis aos membros da família. Isto porque, como se estabelecem na rotina do dia-a-dia, suas motivações podem se tornar imperceptíveis. Minuchin (1990) afirma que o discurso da família sobre suas relações pode ser completamente incoerente quando confrontado com o comportamento. Uma mãe pode verbalizar que já está cansada de lidar com os filhos sozinha e ser a primeira a tomar a iniciativa quando algo precisa ser feito por eles ou desqualificar o pai quando este toma alguma atitude. Esta interação, se cronificada, tende a aprisionar seus componentes em funções cristalizadas, como no exemplo citado: a mãe superfuncional e o pai disfuncional.

Este tipo de padrão transacional, por exemplo, está no cerne da questão relacional da dependência química. O desenvolvimento da dependência proporciona o estabelecimento de padrões transacionais rígidos e estereotipados que se perpetuam nas famílias. Tais comportamentos são desenvolvidos de uma forma insidiosa, com o consentimento dos envolvidos, e são perpetuados por sua repetição.

É muito comum no início da relação de abuso dos químicos, o usuário contar com o apoio de pessoas que estão disponíveis para ajudá-lo em sua perda de controle. Quando o marido chega alcoolizado em casa, e a esposa trata de dar-lhe café para minimizar os efeitos, limpar sua roupa e ajudá-lo a ir para cama, estabelece-se aí uma relação de cuidado em dois níveis. No primeiro nível, da esposa que cuida do marido que necessita de ajuda, e em outro da esposa sóbria que cuida do marido alcoolizado. O primeiro nível poderia já estar na relação e ser esperado, contudo o segundo foi introduzido pelo fato de o marido precisar da ajuda da esposa por ter bebido demais.

Duas mensagens muito importantes foram estabelecidas nessa situação: a primeira, por parte do marido foi: “Bebi e preciso de ajuda”. A segunda, por parte da esposa, foi: “Quando você bebe desse jeito eu estou aqui para lhe ajudar”. A repetição destas duas atitudes, do marido e da esposa, forma o padrão

transacional facilitador do comportamento de abusador de substâncias do marido e daquele de cuidadora do abusador relativo à esposa. Estes papéis são complementares e se retroalimentam.

Assim como a dependência se estabelece no processo da relação disfuncional do usuário com a substância, no contexto familiar a dependência se desenvolve na interação da família, pelos padrões transacionais que facilitam esta dinâmica. Como afirma Beattie (1992):

“Mas um segundo dado, mais comum, é a existência de regras silenciosas e veladas que se desenvolvem na família e estabelecem o ritmo dos relacionamentos. Essas regras proíbem discussão direta dos problemas, expressão aberta dos sentimentos; comunicação honesta e franca; expectativas realistas como ser humano vulnerável e imperfeito, individualidade; confiança nos outros e em si mesmo; diversão; abalo delicado no equilíbrio familiar por meio de crescimento e mudança, por mais saudável e benéfico que possa ser o movimento. São regras comuns aos sistemas familiares dos alcoólatras, ...” (p.45)

Desta forma, caso a interação do casal se estabilize nas funções de “cuidadora e cuidado”, esta esposa terá adquirido a “habilidade” de estabelecer relações em que ocupe este papel. Provavelmente, ao lidar com seu filho, tenderá a ser superprotetora, atuando como facilitadora, caso este abuse de substâncias. O pai por sua vez, mantendo-se no papel de “cuidado”, estará disputando com o filho, não ocupando seu devido lugar na estrutura familiar. O filho, em sua adolescência, terá dificuldade de perceber os pais como figuras capacitadas no exercício da autoridade, devido a esta estrutura hierárquica disfuncional.

Assim, a hierarquia que organiza os sistemas familiares é estabelecida através dos subsistemas. Cada indivíduo na família é um subsistema com suas funções específicas. Vários indivíduos podem se agrupar em um único subsistema, como subsistema conjugal, parental, de avós, de irmãos, etc. Como também um

indivíduo pode, em uma mesma família, pertencer a diferentes subsistemas ao mesmo tempo.

A participação nos subsistemas garante o senso de pertencimento e de desenvolvimento de cada membro na estrutura familiar, fazendo com que o mesmo indivíduo possua diferentes níveis de poder e de habilidades necessárias às funções que ocupa.

“As pessoas se acomodam caledoscopicamente para atingir a mutualidade, que torna possível a relação humana. A criança tem que agir como um filho, enquanto o seu pai age como um pai: e quando a criança o faz, pode ter que ceder ao tipo de poder que aprecia, quando em interação com seu irmão mais moço. A organização dos subsistemas de uma família fornece treinamento valioso no processo de manutenção do “eu sou” diferenciado, ao mesmo tempo que dê exercício de habilidades interpessoais em diferentes níveis.” (Minuchin, 1981 , p. 58)

Os subsistemas se organizam através de fronteiras. As fronteiras são regras que determinam quem participa dos subsistemas, e como. Quanto mais nítidas forem as fronteiras nos subsistemas, mais facilidade seus membros terão em perceber suas funções, não interferindo negativamente em outros subsistemas. Entretanto, as fronteiras precisarão ser flexíveis para que haja trânsito de comunicação e ajuda mútua entre os subsistemas.

No exemplo citado anteriormente, o subsistema parental está reduzido à figura da mãe, enquanto o subsistema fraterno parece incluir o pai e o filho. Esta dinâmica prejudica o exercício adequado de todos os subsistemas. De um lado, o subsistema parental está enfraquecido, na medida em que o pai está posicionado em um subsistema inadequado àquele núcleo familiar, enquanto a mãe superfunciona sozinha. De outro lado, o subsistema fraterno está composto inadequadamente, denunciando a falta de fronteira entre os subsistemas, o que impossibilita o estabelecimento da hierarquia.

Assim, a nitidez das fronteiras, além de garantir a funcionalidade dos papéis em uma família, tem importância crucial na possibilidade de diferenciação de seus membros, servindo como um importante parâmetro de avaliação do funcionamento familiar.

4 - Estrutura familiar e processo de diferenciação

Ao lado da necessidade de pertencimento ao grupo familiar, existe o movimento de individuação, que se resume no esforço de cada indivíduo existir fora do grupo familiar. Contudo, se pertencer a uma família permite a sobrevivência, a formação da identidade é construída por meio do movimento de se distanciar e de se diferenciar da massa familiar. Para Bowen (1978), esta é a maior tarefa emocional de toda a vida e o principal objetivo da terapia familiar sistêmica.

O processo de diferenciação emocional é marcado por sucessivos compromissos de pertencimento à família de origem, na participação nos diversos papéis ao longo do tempo, como ser filho, irmão, tio, sobrinho ou neto, como também de pertencimento a sistemas fora da família ou até a construção da própria família nuclear. O engajamento em sistemas extrafamiliares pressupõe um progressivo distanciamento da família de origem, distanciamento este que nunca chega a ser total. Para Bowen (1978) , um adequado processo de maturidade emocional pode ser avaliado na participação dos indivíduos em suas funções intra e extrafamiliares através de seu grau de diferenciação na sua família de origem.

Contudo, as pessoas podem se dedicar mais a um sistema ou a outro, deixando suas funções “a desejar”, ajudando na formação de sintomas. No processo de criação de uma nova família, por exemplo, o novo casal tem a difícil e trabalhosa tarefa de construir um novo núcleo familiar, o que exige deles um intenso investimento neste novo sistema. Este processo será profundamente influenciado pelo quanto cada membro do casal conseguiu se diferenciar de sua família de origem.

Muitas vezes, entretanto, a motivação para o casamento vem de uma necessidade de separação da tumultuada relação na família de origem, causando uma intensa expectativa de uma realidade diferente que o casamento proporcionaria. Na medida em que o grau de diferenciação acompanha todos os relacionamentos de cada indivíduo, a tendência é estabelecer, no relacionamento conjugal, o mesmo grau de maturidade que se conseguiu na família de origem. Este fato reforça a importância do investimento do crescimento emocional ser conseguido dentro da família de origem, posição esta que Bowen (1978) defendia veementemente.

“O conceito de diferenciação de si mesmo se relaciona com o grau em que uma pessoa vai se diferenciando emocionalmente dos pais. Em um sentido amplo, o filho se separa fisicamente da mãe no momento do nascimento, mas o processo de separação é lento, complicado e incompleto. Inicialmente depende muito de fatores inatos da mãe e de sua capacidade de permitir ao filho crescer separando-se dela, mais do que de fatores inatos do filho. Existem também muitos outros fatores, como o grau que a mãe foi capaz de se diferenciar de sua família de origem, a natureza de sua relação com o marido, com seus pais e com outras pessoas significativas, e por último, como se apresenta a realidade e sua capacidade de suportar a tensão.” (p. 70)

Cada ser humano nasce “mergulhado” na massa emocional familiar, caracterizada, de forma mais direta, pela relação dos pais. Na visão estrutural, esta relação original é representada pela imagem do triângulo, que na teoria sistêmica, é a menor unidade emocional relacional.

Pertencer a um triângulo significa estar na dinâmica relacional interpessoal. O triângulo original – pai, mãe e filho – reforça o fato de que sem os dois primeiros, pai e mãe, não existiria o terceiro (filho). Esta condição estabelece a existência e a função de cada participante representado neste triângulo original.

O fato de existir emocionalmente a partir desta dinâmica representada pela

triangulação, fornece a estrutura básica de todos os demais relacionamentos que o indivíduo terá no decorrer de sua vida. Este conceito ajuda no entendimento de como as relações se interconectam, estabelecendo um “jogo de forças” no sistema familiar. Segundo Guerin (2000) : “O êxito duradouro da terapia depende em geral de certa resolução dos principais triângulos que rodeiam o problema trazido para a terapia “(p.49) .

A dinâmica das triangulações pode ser compreendida como um “trânsito” da energia investida na relação através do engajamento emocional mútuo. A entrada de um terceiro em uma dupla denuncia a necessidade de equilibrar a dinâmica do par inicial, que precisa de um “escape” para se manter estável. Esta estabilidade só é conseguida, segundo Bowen (1978) , com a formação de alianças fora da dupla. Quando, em uma relação de dois – A e B – ocorre uma discordância ou tensão, algum membro do par tende a buscar um terceiro – C – para uma aliança. A partir daí, dois processos podem ocorrer, o terceiro – C – pode absorver a tensão, garantindo a preservação do par original (A e B) ou o terceiro, além de absorver a tensão, pode fazer uma coalizão, colocando, assim, o outro membro da dupla de fora. Observa-se, portanto, que em ambos os casos, o terceiro tem um papel fundamental para a manutenção do relacionamento da dupla, pois serve como um escape da tensão emocional que o relacionamento gerou.

Por exemplo, podemos considerar que a ansiedade gerada pela crise de um casal possa ter criado a necessidade de um engajamento emocional forte da mãe com o filho, que enfraqueceria o subsistema conjugal, contribuindo para o afastamento do pai, e, conseqüentemente, para sua provável piora no processo de dependência. Num processo de retroalimentação, a piora da dependência do pai levaria a um afastamento de sua função conjugal, ajudando a que a mãe fizesse um par com seu filho.

Poderíamos ressaltar que um dos projetos de trabalhos que os terapeutas familiares possam vir a desenvolver, nos seus atendimentos aos casais com filhos que apresentam sintomatologia de dependência, deveria ser o fortalecimento do par como unidade básica educadora, como também favorecer a construção da

“cultura do casal “ que será campo de diversas possibilidades de combinações parentais e pessoais.

O sucesso dessa construção estará também alicerçado pelo trabalho feito com o par , com suas possíveis triangulações com suas famílias de origem , que comumente é deslocada para o casamento , como confirma Guerin (2000) “Os maridos e esposas podem deslocar (e de fato deslocam) ao seu matrimônio os conflitos não resolvidos de suas famílias de origem “(p.43).

Cabe ressaltar que, apesar da dinâmica ser garantida pelos três componentes, isto só é possível porque dois membros da dupla estão mais fortemente ligados e um terceiro está *outsider*. A força de ligação das duplas esta contida na forma com a qual se relacionam nos triângulos, e o quanto esta dinâmica está mais ou menos rígida.

Na dinâmica da dependência química assim como encontramos padrões relacionais rígidos, também encontramos duplas rígidas, onde o fortalecimento de sua relação se dá com o intenso envolvimento de uma dupla com o intenso afastamento do terceiro membro. Esse triângulo rígido é mantido tanto pelas conseqüências do uso patológico de substâncias psicoativas, quanto pelos comportamentos facilitadores desta condição já vistos anteriormente. A tendência da família do exemplo anterior seria ora o pai fazer par com o filho, ficando a mãe *outsider*, e ora a mãe fazer par com o filho, ficando o pai *outsider*.

Consideramos assim que a opção de a mãe fazer par com o pai significaria uma mudança funcional na estrutura familiar e a possibilidade da ausência do sintoma da dependência ,uma conseqüência. Esta mudança possibilitaria um maior engajamento do pai em sua função no sistema parental, aumentando suas responsabilidades e diminuindo, assim, o espaço para o comportamento dependente.

Contudo, o sistema também poderia se estruturar de forma que o triângulo mãe e filho *insider* e pai *outsider* se tornasse padrão, “engessando” todos os membros desta família em funções rígidas dentro do sistema . Este fato costuma se tornar um dos maiores mantenedores da dependência como sintoma dentro das

famílias.

III

Dependência Química Na Família

1 - A formação do sintoma

Podemos definir sintoma como um fenômeno ligado a alguma condição patogênica que sinaliza a disfuncionalidade de um organismo ou sistema. O sintoma se apresenta na família por meio do sofrimento de pelo menos um de seus membros, o qual é chamado de “paciente identificado” (PI). O processo patológico do PI tende a fazer com que a maioria das atenções dos membros da família se voltem para ele. E, dependendo da gravidade do sintoma, ou da função que o paciente identificado tem na família, sua patologia passa a ser o tema do sistema familiar, ocupando sua principal área de preocupação. Os membros da família passam a creditar à situação patogênica vivida pelo PI todas as suas angústias e preocupações.

Neste sentido, o sintoma, apesar de seu aspecto desagradável, se torna funcional para o todo, trazendo uma ambivalência. A família quer se livrar do sintoma, contudo se “utiliza” dele. Este impasse causa mais estresse ao sistema, reforçando o padrão relacional. Assim, quando afirmamos que a dependência química é um sintoma do sistema familiar, apontamos para o fato de que, apesar de a dependência ser uma patologia que merece tratamento especializado, sua presença também sinaliza uma disfunção neste sistema. Esta disfunção, se não for tratada, será terreno fértil para o desenvolvimento de outros sintomas, causando o agravamento do padrão relacional e, conseqüentemente, da condição patogênica.

Papp (1992) afirma que o sintoma está a serviço da função reguladora de forças que circulam dentro da família. Este processo possibilitaria sua evolução, permitindo que este possa cumprir suas etapas de desenvolvimento. Para a autora a função do sintoma na família e o modo como as pessoas reagem a ele seria o principal interesse dos terapeutas de família.

Na teoria sistêmica, um sintoma é visto como conseqüência de uma condição estressante vivida pelo sistema. Ele pode surgir como resposta a um desequilíbrio previsível, ou não, tendo como principal função a volta do equilíbrio, ou seja, da homeostase familiar. Segundo Carter e McGoldrick (1995) o sintoma estaria denunciando uma dificuldade da família em avançar nas etapas do ciclo vital familiar.

Assim, as famílias podem reagir de diversas formas diante de algum estresse. Quando reagem à situação sintomática dando foco ao problema, tendem a buscar uma forma diferente de se relacionar, provocando mudanças na estrutura familiar, num processo de retroalimentação positiva. Este fato parece ocasionar uma “oxigenação” no sistema familiar, comprometendo todos os membros no processo de transformação, já que não só a pessoa que apresenta o sintoma foi tratada como também a estrutura sintomática. Esta postura normalmente determina o desaparecimento do sintoma e, como conseqüência, a volta da funcionalidade familiar. Muitas vezes isto ocorre sem que tenha sido procurada uma ajuda externa ao sistema.

Podemos afirmar que o grau de estresse vivido no sistema é o fator determinante que leva a família a buscar ajuda. Se este se torna intolerável, significa que aquele padrão relacional induzido pelo sintoma ao invés de equilibrar o sistema, passa a desequilibrá-lo causando também estresse e desequilíbrio nos membros da família (Papp, 1992). Alguns membros são mais atingidos, outros menos, e costumam manifestar esta influência de diversas formas. Normalmente os que apresentam prejuízos mais visíveis costumam ser mais solicitados a se engajarem de forma mais intensa no processo de mudança. Entretanto, se isto não acontecer, a família tenderá a se organizar de forma cada vez mais disfuncional em torno do estresse, perpetuando-o .

De modo geral , a saúde do sistema familiar está relacionada com o comprometimento dos membros da família no processo de mudança, o que Carter e McGoldrick (1995) chamariam de avançar nas etapas do ciclo vital. A falta deste engajamento, além de sinalizar a intensidade da gravidade do sintoma, aponta para a intensidade do desequilíbrio e para a falta de flexibilidade do

sistema em lidar com as desestabilidades. Contando com o fato de os sintomas serem previsíveis em algumas situações – tais como depressão após morte de parente próximo ou manifestações psicossomáticas após situações traumáticas –, em algumas famílias estes eventos deixam de ser passageiros e se mantêm através das gerações construindo padrões de comportamento.

Isto acontece quando as famílias absorvem o sintoma, acomodando sua estrutura a ele de forma a minimizar seus efeitos perturbadores dentro do sistema familiar. Esta situação impede um “estranhamento” do sofrimento, afastando a motivação para a mudança. Essa espécie de organização sistêmica facilita o agravamento do sintoma inicial além de provocar o surgimento de sintomas cada vez mais perturbadores e mais graves.

Por exemplo, poderíamos afirmar que o fato de a estrutura familiar estar organizada na forma mãe superfuncional e pai subfuncional, fato este reforçado pelo sintoma de alcoolismo, esta poderia estar em equilíbrio até o momento em que a mãe não conseguiria mais dar conta de um filho adolescente abusador de drogas e precisaria da atuação do pai para tal fim. Se o pai não conseguir assumir seu papel devido ao seu intenso grau de dependência, o equilíbrio do sistema entraria em colapso. Necessitaria, portanto, de ajuda externa para auxiliá-lo a voltar ao seu equilíbrio por intermédio de outro tipo de interação relacional. Neste caso, o subsistema parental deveria ser reforçado em sua função paterna. Isto só seria possível com o tratamento da dependência do pai.

Contudo o sistema também pode se organizar de forma a que outra pessoa ocupe a função parental – avô, avó, tio ou até um outro filho. Caso isto aconteça, o sistema teria encontrado uma solução no sentido de se acomodar ao sintoma (dependência química) conservando o pai em seu alcoolismo, perpetuando assim este sintoma no sistema.

Além disso, o processo de acomodação parece dificultar a percepção da gravidade do quadro, sendo muito comum nesse tipo de família a busca de ajuda somente em momentos de extrema crise. Este fato compromete seriamente o prognóstico, pois qualquer intervenção se deparará com um intenso “engessamento” da estrutura familiar em torno do sintoma.

Por esta razão, alguns autores acreditam que a manutenção de determinadas patologias precisaria de uma estrutura familiar específica que as sustentaria. Normalmente, essas estruturas familiares estão relacionadas com as patologias mais graves, de caráter progressivo e crônico.

“A natureza crônica da drogadicção pode ser explicada pelo sistema familiar. O ciclo adictivo forma um padrão familiar que envolve um complexo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentação entrelaçados que servem para manter a adicção e, em consequência, a estabilidade geral da família.” (Stanton e Todd, 1999 , p. 42)

2 - A função da dependência no sistema familiar

O sintoma, enquanto padrão relacional, tem o papel tanto de denunciar alguma disfunção da forma como a família está estruturada, quanto de proteger e manter o funcionamento da estrutura familiar. Entender a função que o sintoma tem em uma família é elucidar importantes pistas que levam a uma adequada compreensão dos fatores mantenedores dos padrões interacionais presentes em um sistema adictivo. É preciso também esclarecer que entender a função do sintoma é diferente de inferir uma causalidade à sua existência. Esta função pode acontecer após o seu surgimento ou ao longo disto, não havendo , necessariamente, nenhuma implicação etiológica (Dare, 1996).

A função do sintoma está ligada à organização e à sustentação da estrutura no sistema. O grau de cronicidade de um sintoma no sistema aponta para a importância de sua função nas transações familiares. E, quanto mais importante é a função do sintoma na família, mais difícil será a mudança dos padrões relacionais que o sustentam (Papp, 1992).

A dependência de drogas é um dos sintomas mais graves dentro de um sistema familiar. Por ter aspecto progressivo e “adaptativo”, seu desenvolvimento reforça os padrões relacionais que se iniciam em sua origem.

Diversos autores estudam o papel da droga e da dependência no sistema familiar. Estes estudos têm como principal objetivo compreender as especificidades deste sistema, a fim de desenvolver um referencial teórico que possibilite intervenções eficazes no sistema para a retomada de seu desenvolvimento.

A seguir, discutiremos três funções básicas que a dependência química, enquanto um sintoma, pode ocupar em um sistema familiar.

2.1 – Manutenção da homeostase familiar

Stanton (1999) afirma que, apesar do sofrimento que a vivência da drogadição causa ao adicto e a seus familiares, existe uma estranha estabilidade que subjaz às instabilidades vividas pelo dependente e sua família. “Se trata de fenômenos estáveis em sua previsibilidade, sua recorrência e na função que cumprem para as pessoas envolvidas” (p. 25).

A família estaria organizada em torno do fenômeno da dependência, e, apesar do intenso sofrimento experimentado a cada dia, as pessoas teriam aprendido a viver daquela forma, sentindo-se extremamente ameaçadas diante da possibilidade de provocarem alguma modificação no padrão relacional. O sintoma da dependência estaria no pilar do equilíbrio da estrutura familiar, mantendo sua homeostase.

Manter a homeostase é, de uma certa forma, dificultar qualquer mudança na estrutura do sistema familiar. Papp (1992) afirma que, quando a família pede ajuda para o sintoma, sua expectativa é de mudá-lo, sem contudo mexer na estrutura do sistema. Isto porque a família, em sua reação ao sintoma, aprendeu a “isolá-lo”, vendo-o como entidade à parte. Este isolamento acontece no sentido de

conviver de modo a perder o menos possível com ele. E é justamente esta dinâmica que possibilita a adaptação ao mesmo.

No caso da dependência química, uma esposa, por exemplo, poderia reagir com muita dificuldade se lhe fosse recomendado que ela superfuncionasse menos a fim de que o marido pudesse funcionar mais. Na prática isto significaria que a esposa deveria deixar de chamar para si certas atribuições que seriam de seu marido, para que este pudesse assumir sua função. É provável que, apesar de estar esgotada por “carregar a família nas costas”, esta esposa teria muito medo de deixar seu marido alcoolatra gerir novamente sua conta bancária ou lidar com seu filho.

O caso acima ilustra claramente o quanto o alcoolismo do marido está mantendo uma estrutura familiar, e que o fato de ele deixar de beber trará profundas mudanças na interação desta família. Ao mesmo tempo, o fato de o filho ter abusado de substâncias coloca a família em um dilema: muda-se a estrutura para eliminar o sintoma ou mantém-se a estrutura evitando mudanças mais profundas.

Este dilema estará no cerne de qualquer atitude de enfrentamento que esta família vier a adotar e será ao mesmo tempo motivador para a mudança e mantenedor do *status quo*.

2.2 - Manutenção dos papéis familiares

Na formação do sistema familiar, seus membros se organizam em subsistemas que determinam suas funções e capacitações dentro da família. Este é um processo adaptativo que ocorre no decorrer do tempo.

A dependência química é um sintoma que causa uma debilidade crônica ao usuário, o que faz com que as pessoas à sua volta assumam as situações que ele próprio não consegue assumir. Em nível estrutural isto significa que as capacitações e posicionamentos na família adictiva se organizam de forma a possibilitar que os outros membros dos subsistemas exerçam algumas funções pelo dependente, trazendo problemas com relação à demarcação de fronteiras e posicionamentos hierárquicos.

Este fato acontece em decorrência do processo de adaptação dos membros da família à dependência. Assim como o usuário percorre diversas fases em seu processo de dependência (Johnson, 1992), a família também sofre um processo de adaptação ao comportamento sintomático.

Carter e McGoldrick, (1995) citam uma seqüência adaptativa da família no processo de dependência que, apesar de ser baseada no subsistema conjugal, pode ser generalizada para todo o sistema familiar. A referida descrição elucida o processo de assunção de papéis superfuncionais, além de descrever os momentos onde as fronteiras dos subsistemas são quebradas para a sobrevivência do sistema:

1º momento - Diante das primeiras experiências de perda de controle com o uso de substância química, ocorre uma interação tensa baseada no silêncio e na não-abordagem clara das dificuldades conjugais. Há também uma minimização dos problemas relativos ou não ao hábito de usar a substância, tanto por parte do cônjuge que não a usa, quanto por parte do cônjuge que dela faz uso.

2º momento - Devido ao agravamento dos problemas com relação ao hábito de usar, há um crescente isolamento social da família, que passa a se

organizar em torno das necessidades do abusador, com o objetivo de não o expor e de não expor o sistema. A parceria do subsistema conjugal é abalada, e intensificam-se as tentativas de controle do cônjuge não abusador sobre o abusador. O cônjuge não abusador intensifica as manobras para manter a família em funcionamento, começando a funcionar pelo cônjuge abusador. Os filhos adquirem papéis disfuncionais a fim de equilibrar o sistema.

3º momento - A família, diante do fracasso em controlar o processo de dependência, reage a este manifestando raiva e rejeição. Alguns membros podem iniciar o uso de substâncias psicoativas, enquanto o cônjuge não abusador experimenta um grande sentimento de incapacidade com relação a si próprio, sentindo-se culpado por não ter conseguido controlar a situação. O mesmo sentimento é experimentado pelo abusador.

4º momento - O cônjuge não abusador passa a assumir a maior parte das responsabilidades do abusador (tanto as tarefas funcionais como paternas). O abusador passa a ser considerado uma pessoa incapaz de assumir suas tarefas, não sendo mais considerado como um adulto responsável. A família sente raiva e pena do abusador. O cônjuge não abusador se torna cada vez mais confiante em sua capacidade de administrar a família, empenhando-se junto com os demais membros para possibilitar uma estrutura familiar que minimize cada vez mais os efeitos que a dependência possa trazer ao sistema. O abusador tende a ficar isolado com a sua adição, colaborando para esse novo ajuste familiar. Havendo ou não separação desse casal, se o abusador ficar sóbrio, ao tentar restabelecer seu papel na família encontrará muita dificuldade em organizar sua vida e em assumir os novos papéis exigidos pela sobriedade.

Podemos observar portanto, que os papéis familiares se estruturam em torno de uma escala que vai do superfuncional ao subfuncional, estando o dependente químico no extremo subfuncional da escala. Como esses dois papéis são a tônica da dinâmica destas famílias, não falta alguém que assuma os extremos da escala. Podemos afirmar que este fato é um dos principais motivadores da cristalização da estrutura familiar.

As pessoas participantes deste tipo de sistema sentem que, se deixassem seus papéis “vagos”, causariam um desarranjo fatal às demais pessoas e à família como um todo. Vale ressaltar que o papel mais valorizado neste tipo de sistema é o de “super-responsável”. Ele é vivido por qualquer membro do sistema que ocupe a função de excesso de responsabilidades na família.

Esta é uma função muito conhecida na literatura especializada no assunto e recebe o nome de codependência (Beattie, 1992). O codependente é aquele que aprende desde muito cedo a ser valorizado a partir de sua função de cuidador ou de superfuncional no sistema. Apesar de a literatura apontar para sua relação diádica com o dependente, na visão sistêmica podemos chamar de codependente todo o indivíduo que funciona de forma a reforçar a dependência no sistema familiar. Sendo assim, a codependência pode se manifestar de diversas formas em cada membro do sistema.

Podemos afirmar que a dinâmica da codependência ajuda na cristalização dos papéis mantenedores da dinâmica adictiva e se retroalimenta com a adicção ativa do dependente. Quanto mais tempo esta estrutura estiver sustentada no sistema, maior probabilidade haverá de existirem pessoas subfuncionando, causando a perpetuação deste tipo de sintoma na família.

Assim, os papéis existentes em um sistema aditivo se retroalimentam em suas funções, perpetuando as capacitações dos membros que os possuem. Muitas vezes, a mudança do papel de algum membro da família causa o desequilíbrio no sistema, resultando numa manifestação grupal de cobrança de lealdade.

Quando surgem situações de desequilíbrio do sistema, é comum que os membros da família achem que os outros membros não estão cumprindo as suas obrigações. Então aparecem reivindicações de lealdade familiar e manobras que induzem culpa” (Minuchin, 1990, p. 58).

Por esta razão, o tratamento familiar é de extrema importância na abordagem da dependência química, pois se não estiverem todos de acordo com relação à reestruturação do sistema, provavelmente este não acontecerá. “Quando um membro da família se recupera, se torna necessária uma readaptação para incluí-lo em sua antiga posição ou ajudá-lo a assumir uma nova posição no sistema.” (Minuchin, 1980, p. 58)

2.3 - A dependência e os estágios desenvolvimentais

O processo de dependência pode estar intensamente vinculado às dificuldades na ultrapassagem de fases no ciclo vital familiar ou ser uma resposta a algum estresse vivido em determinada fase (Carter e McGoldrick, 1995).

Cada fase que o sistema ultrapassa em seu ciclo vital possibilita a vivência de desafios que podem se tornar impasses desenvolvimentais. Estes impasses podem acabar por facilitar o desencadeamento de um processo de dependência ativa. Este fato ocorre por conta das desestabilidades que o sistema vivencia na passagem de suas etapas.

Como a dependência se desenvolve de forma progressiva e insidiosa, sua evolução pode estar intimamente ligada a momentos específicos que a família vivencia. Por exemplo, uma família pode ter sua estrutura pautada em torno do papel de “cuidadora” da mãe e da filha e dos papéis de “necessitados” dos outros membros. O momento do casamento da filha pode causar estresse ao sistema, na medida em que seu papel era extremamente importante para a manutenção do equilíbrio. Talvez o pai venha a intensificar sua relação com a bebida, ou a mãe

venha adoecer ou passar a tomar medicamentos para dormir, tensa por não poder mais contar com a filha. A filha pode casar, mas não ter saído de fato da casa dos pais e seu marido, para chamar-lhe a atenção, possa começar a abusar do álcool.

Ao mesmo tempo, este marido, para minimizar o impacto da saída do papel de filho para o de marido, pode continuar a ter o mesmo comportamento que tinha na sua família de origem, em que a mãe cuidava dele após todas as suas bebedeiras de adolescente.

Este quadro demonstra o quanto o aumento da ingestão do álcool pode estar vinculado a entraves na transição evolutiva do ciclo vital familiar. Como afirma Dare (1997) "...embora os sintomas tragam sérios prejuízos e desvantagens para a vida da pessoa, eles também têm uma função, por exemplo, a de modular as demandas de mudança durante as transições do ciclo de vida" (p. 36) .

Para o autor, o sintoma também pode ter a função de fixar o indivíduo no estágio do ciclo vital em que ele tenha começado. Dare (1997) observou que em seu grupo terapêutico de adultos dependentes de opiáceos, os pacientes se comportavam como pré-adolescentes "presos a um estilo, um padrão de vida, que existia na época em que eles usaram a droga pela primeira vez" (p.36). Situação que também é observada por Krestan e Bepko (1995) quando pontuam que o alcoolismo pode ter a função de interromper tarefas desenvolvimentais.

Este fato faz com que o processo evolutivo do sistema familiar fique intensamente comprometido, refletindo-se no desenvolvimento de cada membro da família, proporcionando estresse , surgimento e intensificação de sintomas. Krestan e Bepko (1995) afirmam que o momento do estágio de vida do indivíduo correlacionado com o momento do ciclo vital familiar formam um contexto em que a dependência tanto pode ser a causa quanto o efeito da disfunção.

Quanto a este fato, o início do uso de substâncias psicoativas e sua duração ao longo do ciclo vital têm importância fundamental para demarcar o comprometimento da dinâmica familiar. Quanto mais cedo o hábito é introduzido na família, mais mecanismos adaptativos terão sido desenvolvidos para lidar com o sintoma e mais dificuldades a família terá tido em vivenciar suas etapas

evolutivas (Krestan e Bepko, 1995). Este fato também é observado com relação ao tempo que a família leva para pedir ajuda quanto ao hábito de se drogar.

Depois de vários anos de alcoolismo crônico, a disfunção normalmente é muito grave, ao passo que a intervenção e o tratamento logo no início sugerem um grau menos intenso de prejuízo, assim como um melhor prognóstico para o futuro ajustamento familiar. (p. 417)

Krestan e Bepko (1995) desenvolveram uma interessante correlação entre as principais tarefas desenvolvimentais no ciclo vital familiar e o papel da dependência em tais estágios. Elas descrevem a correlação entre as principais etapas do ciclo vital familiar e o desenvolvimento da adição no sistema .

Segundo as autoras, o maior desafio do jovem adulto solteiro, que está se preparando para formar sua família, consiste em conseguir se diferenciar o suficiente de sua família de origem a ponto de se vincular ao seu parceiro num verdadeiro investimento afetivo. Se o seu crescimento se deu em uma família com problemas de abuso de substâncias, esse processo estará comprometido devido às dificuldades de fronteiras nos subsistemas. Além disto, o investimento na própria sobrevivência é tão alto e intenso que costuma causar no jovem adulto solteiro, comportamentos reativos à dinâmica familiar disfuncional.

Para as autoras, no sistema familiar alcoolista, tendem a predominar três caminhos no esforço da diferenciação: o jovem adulto pode desenvolver alcoolismo, repetindo o padrão familiar parental ; o indivíduo pode assumir o papel de superfuncional e se unir a um outro adicto, repetindo novamente o padrão familiar, ou pode “romper emocionalmente” com a família de origem, dela se afastando. Esses três caminhos dão início ao processo de distanciamento da família de origem, porém não configuram a diferenciação.

Consideramos em nosso trabalho, uma quarta alternativa construtiva , que seria a aceitação e a compreensão do padrão familiar saindo dos extremos – disfuncional e superfuncional – e procurando um equilíbrio que satisfaça seu padrão relacional. Este é um caminho trabalhoso e difícil, porém compensador.

Estes desafios estão presentes também na dinâmica do jovem casal . Uma vez que a escolha do cônjuge está comprometida com os padrões relacionais vividos na família de origem, o desafio do jovem casal também se resume em criar sua família diferenciada das famílias de origem das quais vieram. O abuso de substâncias químicas nesta fase, portanto, sinaliza profundas dificuldades de diferenciação com relação à família de origem.

Krestan e Bepko (1995) afirmam que este casal é marcado por intensos conflitos de disputa de poder, competitividade, graus altos de dependência afetiva de um ou ambos os cônjuges e profundo desequilíbrio na complementariedade de papéis, com um superfuncionando pelo outro. A autora ainda aponta que o uso de substâncias pode ser uma forma de externar as divergências de crenças do jovem casal, perpetuando essa forma de lidar com as diferenças.

A vinda dos filhos ocasiona mudanças importantes no casal e no restante da família ampliada e, geralmente, a procura de ajuda nessa fase pode estar ligada ao alcoolismo paterno (Krestan e Bepko, 1995). Se, neste momento o abuso se intensifica, estará denunciando dificuldades no exercício da nova função, além de significar também uma reação ao isolamento criado pela dedicação à nova função parental em detrimento da conjugal.

Com os filhos atingindo a adolescência, os conflitos familiares ficam mais aparentes. Isto porque a adolescência coloca em “xeque” a organização hierárquica do sistema. Caso existam dificuldades estruturais no subsistema parental, elas podem se refletir na intensificação da relação com a substância química de algum dos pais e no início do uso de substâncias por parte de algum dos filhos.

Esta é também a fase de início da relação de uso por parte dos adolescentes. E, quanto mais cedo esse uso for iniciado, mais possibilidade terá de ser cronicamente incluído na dinâmica familiar (Vaillant, 1996). Por conta disso, nesta fase os pais podem intensificar a superproteção com relação aos filhos, assumindo suas responsabilidades, como cobrir alguma perda que o filho tenha conseqüente do uso dos químicos, como pagar dívidas contraídas pelo uso de drogas. Este hábito tende a ser o combustível que ajuda na evolução de uma

relação disfuncional com a substância(como visto anteriormente no capítulo 1 através do modelo de Johnson).

A fase seguinte do ciclo vital familiar marca um grande movimento de entrada e saída no sistema. São os filhos saindo de casa, noras e genros entrando na família, a morte dos pais idosos e o nascimento dos netos. O abuso de substâncias acontece nesta fase para mascarar questões do casal, que agora se encontra muitas vezes vivendo esta condição depois de anos investindo na função de pais.

Este fato pode trazer também o comportamento dependente do cônjuge em foco, que antes estava disfarçado nas diversas tarefas que uma família demanda. Esta é normalmente a fase de busca de ajuda por parte da família, mas costuma também ser a fase de maior gravidade da dependência.

Na velhice, a dependência pode se intensificar por duas razões principais. A primeira delas seria uma reação às perdas dos papéis vivenciadas nesta fase. Caso o idoso viva uma progressiva situação de isolamento, o abuso de substâncias pode vir ocupar esta carência, causando mais isolamento, e agravando, assim, o problema que o provocou.

A outra razão seria vivenciada por idosos que iniciam o abuso por volta dos 65 anos como reação a algum momento de estresse circunstancial. Estes casos costumam ter melhor prognóstico, respondendo bem ao engajamento em atividades que os ensinem a lidar com as condições estressantes.

Desta forma, para uma abordagem eficaz da dependência é importante observar que lugar este sintoma está ocupando em cada fase do ciclo vital , pois este pode ser a principal resistência apresentada pelo sistema para se desfazer deste sintoma.

Este fato é observado por diversos autores , quando sinalizam para o grau de tolerância do sistema às instabilidades e prejuízos conseqüentes da drogadicção. O mecanismo de manutenção do sintoma no sistema se torna mais forte do que a disponibilidade de mudança dos padrões transacionais. Este fato nos aponta para a existência de padrões típicos de interação facilitadora de comportamento adictivo .

3 - Características do Sistema Familiar Adictivo

Como explicitado anteriormente, a condição para um sistema deixar de utilizar um sintoma em seu funcionamento seria fazer uma mudança estrutural em sua organização. Isto pressupõe uma série de renúncias no sentido de uma reorganização de todos os membros da família com relação à delimitação das fronteiras nos subsistemas, às mudanças hierárquicas, ao estabelecimento de parcerias mais funcionais, às destriangulações, etc.

Quando o sistema não consegue se rearrumar de forma a funcionar sem o sintoma, este tende a se moldar ao sistema e o sistema a ele, dificultando sua eliminação. A acomodação do sintoma à família representa uma crescente tolerância às suas conseqüências.

Este fato é particularmente verdadeiro no que diz respeito à dependência química. Concordamos com diversos autores quando apontam o alto grau de tolerância que o sistema familiar adictivo manifesta diante das instabilidades e prejuízos conseqüentes da drogadicção. Situações por vezes caóticas, como perda de controle, falta de limites e ameaça à vida, são com o tempo vividas, tanto pelo dependente como pelos demais membros da família, com intenso sofrimento, mas com nítida falta de estranheza: “Isso é assim mesmo...”, “Sempre foi assim...”, “Não tem mais jeito...”, “Já fizemos de tudo...”, “Puxou ao pai...”. Esta tolerância, muitas vezes motivada pela necessidade de proteção à família e de autodefesa, acaba por se tornar um estilo de vida para aqueles membros.

Podemos afirmar que esta realidade é produto de uma série de situações, acontecimentos e rearranjos familiares vividos por determinados sistemas. As situações estressantes pelas quais toda a família passa, somadas a determinados entraves do processo evolutivo, solicitam deste sistema uma resposta que vá ao encontro da sua necessidade de estabilização e sobrevivência. Este fato acaba por resultar em uma teia de padrões transacionais facilitadores da manutenção do comportamento adictivo.

A presença de tais padrões traria a possibilidade de observarmos determinadas características recorrentes nestes sistemas. Podemos afirmar que existem alguns temas e padrões relacionais típicos que marcariam estas interações.

Assim, vamos descrevê-los a partir de três perspectivas¹. Na primeira, , destacaremos os aspectos estruturais da organização familiar, em especial a existência de triângulações disfuncionais, de dificuldades nas fronteiras e na hierarquia presentes no sistema. Na segunda, abordaremos o sistema familiar em relação ao seu desenvolvimento no decorrer do tempo priorizando as dificuldades na diferenciação de seus membros. E na terceira, enfocaremos os padrões de comunicação típicos dos sistemas aditivos.

3.1 - A estrutura familiar adictiva

A estrutura familiar adictiva costuma se organizar na forma de triângulos rígidos, em que o dependente está presente em uma dupla rígida, vivendo uma relação simbiótica e conflituosa com o outro membro com quem faz o par. O membro *outsider*, localizado rigidamente fora da dupla, triangula com outros membros da família de forma intensa.

Este fato foi observado por Stanton (1999) que, tendo como referência estudos realizados por ele e seus contemporâneos, afirma existir nas famílias adictivas uma estrutura típica, baseada no triângulo básico – pai, mãe e filho dependente. Nesta triangulação a mãe assume uma posição de extremo apego, superproteção e permissividade em sua relação com o filho dependente. No caso masculino, o filho tende a opor-se à sua mãe apresentando comportamento rebelde, reagindo à falta de espaço e ao excesso de intromissão.

Já as mulheres, costumam competir com a mãe e rejeitar o pai, vendo-o como fraco e não confiável. Em ambos os casos, a mãe se sente bastante

¹ Vale lembrar que esta é uma separação puramente didática, na medida em que os fenômenos só podem ser entendidos pela interação destas três perspectivas.

ressentida, já que, com freqüência, esses filhos tinham tido um comportamento exemplar na infância, sendo muitas vezes os seus preferidos.

O pai, na outra ponta do triângulo, se encontra como *outsider*, ausente, por vezes abusando de álcool e apresentando um grande distanciamento afetivo com relação ao filho dependente, em posição ora excessivamente cobradora, ora distante e resignada. Contudo, esse pai é facilmente “controlado” por sua esposa, que se torna o centro do poder e do afeto da família. Os irmãos não dependentes tendem a ter um bom relacionamento com o pai, contrabalançando assim, o sistema.

Havendo a intensa distância do pai e a excessiva proximidade da mãe com relação ao filho dependente, os pais costumam discordar entre si da forma como cada um deles trata o filho, atribuindo-se mutuamente a culpa por seu comportamento disfuncional. A cada situação de perda de controle, como mentiras, falta de respeito pelos limites da casa, agressividade, chantagem para pagamento de dívidas contraídas pelo uso da droga, ou promessas de interrupção do uso não cumpridas, seguem-se acusações recíprocas, em que creditam a causa da situação disfuncional à atitude restritiva de um ou à permissividade do outro.

Contudo, não há apenas uma única estrutura encontrada nas famílias adictivas. Apesar de a grande maioria delas se organizar com as mães mais próximas e os pais ausentes, Stanton (1999) em seu estudo também observou que 5% de sua amostra apresentavam uma inversão do padrão anteriormente citado, na qual o pai surgia como o membro mais apegado ao dependente. Em 80% dos casos, havia um genitor apresentando problemas com abuso de álcool, e, na maioria dos casos, o pai inclinava-se a se incomodar mais com a dependência do filho do que a mãe, que a minimizava.

Observamos comportamentos parentais opostos, muitas vezes diferenças irreconciliáveis diante da mesma situação. Este fato tende desgastar o subsistema conjugal, ao mesmo tempo em que possibilita uma relação complementar no subsistema parental. Enquanto um dos pais briga com o dependente, o acusa e

aponta as situações que lhe desagradam, o outro genitor (ou outro membro da dupla) minimiza, desqualifica e por vezes forma alianças de segredos com o dependente. Assim, as atitudes que causam o desentendimento do casal são as mesmas responsáveis por sustentar a relação parental, e, conseqüentemente, o sistema familiar (homeostase).

Kalina (1999) afirma que esta é a estrutura básica responsável pelo aparecimento do adicto na família, a quem chama de “o eleito”: aquele que carrega consigo todas as vicissitudes do grupo familiar. Para o autor, esse fato demonstra o quanto a estrutura existente na família adictiva é conservadora e autoritária, cristalizando-se em torno da necessidade de interagir em função deste “eleito”, que, apesar de escravizado pela droga, muitas vezes escraviza a família com o seu comportamento dependente.

O espaço do “eleito” se cria a partir de conflitos originários na estruturação do casal, em que há uma desilusão de ambas as partes com relação aos papéis idealizados e assumidos. Para o autor, o convívio do dia-a-dia traz à tona a realidade de cada cônjuge, que frustrado e desiludido com o que constata, prefere não ver, vivendo um “palco ilusório”. Diante de tal situação o casal necessitaria de uma “cola” que mantivesse seu vínculo.

Mesmo em subsistemas uniparentais, as triangulações rígidas, sustentadas por extremo apego e conflito estão presentes. Stanton (1999) sinaliza que nesses subsistemas existe normalmente a presença de um avô ou avó triangulando, em uma relação conflituosa com o membro uniparental. Ou ainda o pai, mesmo que afastado há muito tempo da relação com o filho, costuma estar dinamizando estas triangulações. Nestes casos, a relação da mãe com o filho dependente pode ser mais simbiótica ainda, pois este pode estar sendo o seu apoio emocional devido ao abandono sofrido por ela, por parte do pai.

Alem disso, Stempliuk e Bursztein (1999) também assinalam como que aos poucos a família vai ficando cativa do dependente :

“...seus desaparecimentos entram para a rotina familiar, dias sem notícia (...). Não existe mais hora para a busca e o uso da droga ou confiança possível, o usuário

acorda-os de madrugada para pedir mais dinheiro, mente, inventa desculpas e, quando obtém o que pediu, some novamente deixando para trás pessoas humilhadas, e impotentes, preocupadas e com raiva. Quando retorna, enfia-se no quarto e, depois de horas e horas de sono, quem acorda é o arrependimento, as acusações,...) a culpa, a depressão e as promessas de parada, de que foi a última vez... Infelizmente, isto dura apenas alguns dias, o tempo de voltar a vontade e a compulsão falar mais alto, e tudo recomeça novamente no seu ritual aparentemente não suscetível a argumentos da razão, compromissos morais, afetivos ou profissionais. (p. 160)

Com base no que discutimos até agora, podemos afirmar que a presença de uma interação aditiva é facilitada por um superapego caracterizado por uma relação simbiótica de um membro do subsistema parental com o filho dependente, em detrimento do outro membro. Este fica excluído, triangulando intensamente ou com a sua própria adicção, ou com o trabalho, ou com outra relação fora da dupla parental.

Todavia, é importante examinar esta dinâmica a partir dos paradigmas sistêmicos de circularidade, homeostase e retroalimentação. A partir deles entendemos que não há vítimas nem algozes e, sim, uma dinâmica interativa da qual participam determinados personagens com os seus papéis. Trata-se de uma dinâmica em que todos precisam entender seu grau de responsabilidade tanto na funcionalidade quanto na disfuncionalidade, tanto na saúde quanto na manutenção do sintoma.

“ ... cada um deve assumir a responsabilidade que lhe cabe – porque constitui uma luta contra os modelos autocráticos e escravizantes que caracterizam a vida familiar do adito, assim como costuma ocorrer também nas demais patologias graves. Não nos referimos com exclusividade ao autoritarismo materno ou

paterno, pois este papel muitas vezes é exercido pelo “eleito”, que dessa posição escraviza a todos os demais membros do grupo familiar” (Kalina, 1999, p. 42).

Desta forma, estamos nos referindo à redistribuição do peso do sintoma, do papel do “eleito”, e da superfuncionalidade de alguns membros. Tudo isto apontará para a qualidade das fronteiras e posicionamentos hierárquicos dos membros da família dentro do sistema.

Alguns problemas com relação a estes fatos devem ser apontados. Com relação às hierarquias e fronteiras dos subsistemas, encontramos nestas famílias fronteiras difusas refletindo posições hierárquicas indefinidas².

Por exemplo, a triangulação rígida já descrita sinaliza diversos problemas. Podemos destacar que as relações simbióticas vividas nas famílias adictivas refletem e produzem dificuldades no estabelecimento das fronteiras que demarcam os subsistemas. Isto se deve ao fato de as fronteiras existentes entre os subsistemas conjugal e filial serem excessivamente permeáveis, possibilitando aos filhos e aos pais um trânsito inadequado entre eles – o que resulta no excessivo apego entre o dependente e um dos genitores.

Em decorrência, papéis que normalmente teriam de ser desempenhados pelos pais com frequência acabam ficando por conta dos filhos ou de algum deles em especial. “Esta delegação de papéis de autoridade retroalimenta uma estrutura de relações ambíguas, onde as referências dos limites, das regras e das restrições acabam sendo muito confusas, além de objeto de negociações pouco claras” (Stemliuk e Bursztein 1999, p. 161).

É comum em tais circunstâncias a existência de um subsistema conjugal unido em complementariedade, mas rachado em hierarquia. Suas intervenções, em lugar de atacarem o problema da adicção, acabam por neutralizar-se a si mesmas com relação aos seus objetivos caminhando em direções opostas e enfraquecendo a hierarquia deste subsistema. Stanton (1999) afirma que este tipo

² Acreditamos que uma estrutura familiar funcional se traduz no posicionamento adequado de seus membros de acordo com suas capacitações e designações de poder, que sustentam sua hierarquia.

de prática é o principal foco das intervenções em uma terapia com este tipo de família. O autor observa que o comportamento adictivo perde a força na família quando se depara com uma coalizão hierárquica coerente. Esta mudança é alcançada quando, dentro do contexto familiar, as regras e normas são explicitadas de forma clara e, principalmente, quando os limites do subsistema parental estão nitidamente demarcados. Este fato acaba por ocasionar uma demarcação evidente no subsistema conjugal, forçando a quebra de duplas rígidas formadas por filho parental.

É importante observar que estas pontuações sobre a estrutura típica da família adictiva se mostram verdadeiras tanto para filhos quanto para pais dependentes. A pertinência desta afirmativa decorre da observação de que, em ambos os casos, as triangulações, baseadas nas díades rígidas, estão presentes, fazendo com que a abordagem em nível estrutural se dê de forma semelhante. Contudo, a abordagem de pessoas que já possuam seu próprio núcleo familiar, engloba mais uma variável. Este fato cria uma diferença marcante: em se tratando de adultos dependentes que já formaram suas famílias, observa-se um apego desmedido à família de origem.

3. 2 - O processo desenvolvimental nas famílias adictivas.

Quando tratamos da função da dependência com relação aos impasses vividos nos estágios desenvolvimentais presentes nas famílias, apontamos para o fato de que este sintoma se presta principalmente a diminuir o impacto que as mudanças trazem a ele.

Stanton (1999) observa que o fato de a adicção geralmente se iniciar na adolescência – fase em que o indivíduo começa a fazer os primeiros movimentos significativos para fora do núcleo familiar – aponta para direções importantes. Por conta das instabilidades vividas em decorrência do processo de dependência, o

Quando isto não acontece, pessoas não preparadas assumem posicionamentos de liderança e de responsabilidades inadequadas à sua idade e ao subsistema a que pertencem.

padrão de superproteção vai sendo construído desde cedo, dificultando o processo de diferenciação.

Este fato se refletirá mais adiante visto que as estatísticas mostram que a grande maioria dos adictos com mais de 30 anos moram com suas famílias de origem. Ou, quando não moram com elas, estabelecem contato telefônico pelo menos uma vez por dia (Stanton, 1999).

“ Desde cedo, viver com os pais ou vê-los regularmente não é por força indício de disfunção. Tais situações podem ser muito naturais, segundo o meio cultural e étnico, e um apego familiar permanente por certo não implica em drogadicção. Mais importante, porém, é a qualidade e a estrutura operativo-funcional dentro das famílias que têm filhos que abusam das drogas e qual etapa a família está em seu ciclo vital familiar”. (Stanton, 1999, p.25)

Em contrapartida, o contato com a família nuclear era intenso, mas pouco substancial para ser aproveitado terapeuticamente. O autor relata que as relações maritais costumam ser bastante conflituosas na circunstância de o adicto não encontrar o mesmo grau de permissividade vivido em sua família de origem. Isto faz com que voltar à casa paterna seja uma opção muito “tentadora”, o que acaba acontecendo com frequência.

Estes fatos levaram Stanton e seus colaboradores (1999) a realizarem um estudo a partir de 450 fitas de vídeos com atendimentos às famílias. Eles prestaram especial atenção aos padrões relacionais e à formação de coalizões dentro desses sistemas. O autor afirma que tais padrões diferem mais em grau do que em espécie em comparação com as outras famílias. Suas conclusões são especialmente importantes para este trabalho e serão expostas a seguir.

A primeira observação de Stanton diz respeito ao princípio da homeostase que Jackson havia apresentado. O autor observa que quando o adicto começa a evoluir em sua vida, conseguindo um emprego ou se envolvendo em atividades que o levem realmente para longe de sua família de origem, uma crise costumava

acontecer na família: briga ou separação dos pais, doença grave em algum deles. O adicto voltava a se comportar de forma disfuncional e os problemas familiares se dissipavam.

Observamos este padrão com tanta frequência que nos resultou evidente que não só o adicto temia se separar da família, como também a família se sentia igual a respeito dele. Esta conduta nos indicou que se tratava de um “processo interdependente” donde o fracasso servia como função protetora para manter a união familiar. A família necessitava do adicto tanto ou mais que o adicto da família. Os membros pareciam agarrar-se uns aos outros para reafirmar-se, ou talvez em busca de uma certa integridade ou dignidade (1999 , p. 29).

O medo da separação vivido pelo sistema pode ser observado desde a infância, no significado dos laços familiares estabelecidos (Stanton, 1999). Características já citadas, como o superapego e o distanciamento, assumem mais significado com esta observação do autor. Ele afirma que a família suporta as mais terríveis situações, como mentiras, roubos e situações de extrema vergonha, ou protege o adicto de situações externas que o confrontem, com o objetivo de assegurar sua presença entre eles. A mensagem passada pela família é “Suportamos qualquer coisa, mas não nos abandone.” (Stanton, 1999) Por sua vez, o adicto envolto em culpa e em facilidades não consegue abandonar sua família, mantendo-se disfuncional. A consequência deste fato é a complicação do processo de individuação, tanto do adicto, quanto das pessoas que estão envolvidas no processo.

Podemos afirmar que a capacidade de se individualizar é uma das principais “heranças” que um sistema pode deixar para os seus membros. Ela acontece a partir de um processo de engajamento e distanciamento de pessoas e situações que se apresentam no decorrer da vida. Como anteriormente sinalizado, a separação da família de origem nunca acontece de todo, mas é necessário que

ocorra em um nível adequado para que o indivíduo possa sair da “barriga da família” e nascer para o mundo (Groisman et alli, 1996).

Podemos afirmar que a dependência química seria a metáfora de nosso principal dilema evolutivo: nascemos em total dependência e temos, no decorrer da vida, de conseguir nossa progressiva independência e mantê-la. No caso da adicção, o indivíduo vive uma situação intermediária e, por isso mesmo paradoxal: a pseudoindividação. Muitas vezes, ao primeiro olhar nos parece que o comportamento do dependente demonstra displicência e super-independência. Contudo, uma observação mais apurada nos fará perceber que, com a disfuncionalidade da adicção, os adictos se tornam cada vez mais dependentes e necessitados da ajuda externa. E essa ajuda, principalmente a familiar, vem no sentido de perpetuar a condição de dependência disfuncional.

Muitos adictos, quando descritos por seus familiares, parecem ter 12 anos de idade quando na verdade têm 40. Isto acontece porque a disfuncionalidade da adicção faz com que as pessoas assumam tantas coisas para o adicto que ajudam a “torna-lo” um eterno adolescente.

Este fato também repercute nos filhos desses adictos. Como muitas vezes precisam, desde cedo, assumir posicionamento de adulto devido ao seu deslocamento para a situação parental, sofrem prejuízo em seu processo de individuação ficando “agarrados”, ou na posição de “adultos mirins” ou na de “eternos rebeldes”, e tendo dificuldade de abrir mão deste posicionamento precocemente privilegiado (em nível hierárquico) .

Esse quadro denominado síndrome pseudomaturacional é caracterizado por apresentar indivíduos que, sob a fachada de grande amadurecimento e desenvolvimento intelectual, escondem a criança assustada, que muito precocemente teve que aprender a cuidar de si própria. Boa parte das terapias que envolvem o tratamento de pessoas filhas de alcoolistas tem que lidar basicamente com essa problemática (Ramos, 1999 p. 211).

A adicção, servindo de condição estabilizadora do sistema, tem na pseudoindividação um de seus principais combustíveis mantenedores. Stanton (1999) sinaliza que o adicto se mantém incompetente aos olhos da família, mas muitas vezes assume situação de liderança com relação ao seu grupo de pares. Além disto, seu uso e seu comportamento representam para a família um desengajamento do núcleo familiar, causando muitas vezes a sensação de que o adicto é um membro distanciado, alheio ao convívio familiar.

Por isso, o uso de drogas pode ser entendido também como uma tentativa de individuação que na verdade não se consolida (Stanton, 1999). Com a adicção o indivíduo não está nem dentro e nem fora da família e também não consegue assumir a sua família nuclear. Vive essa condição contraditória que não se resolve e é retroalimentada por todo o sistema familiar. Vive ainda a dificuldade de liberar a família e de a família liberá-lo.

Podemos afirmar, portanto, que o sistema familiar adictivo fica “emperrado” em determinada fase de seu ciclo vital. Esta situação pode ser ao mesmo tempo causa e consequência de um processo de dependência. Para Krestan e Bepko (1995) definir os aspectos disfuncionais do sistema adictivo é particularmente complicado se a dependência aparece naquele sistema pelo menos em três gerações, sinalizando dificuldades de individuação que atravessam a história da família.

Todd e Selekman (1991) afirmam que o desenvolvimento do abuso de drogas em adolescentes por exemplo, é indicativo de dificuldades no desenvolvimento do sistema multigeracional familiar. A família adictiva costuma ter baixo nível de diferenciação, apresentando inabilidade na adaptação aos estresses causados pelas mudanças através das gerações. Isto faz com que haja um acúmulo de ansiedade nas relações familiares e uma baixa tolerância a estresses. Tal condição tende a comprometer intensamente o funcionamento familiar, facilitando relações emaranhadas ou distanciadadas.

Todd e Selekman (1991) observam que os adolescentes são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento da dependência nesse tipo de estrutura familiar. Estando mais expostos que as crianças – pois começam a se engajar em muitas

atividades fora da família– e, ao mesmo tempo, com pouca habilidade para suportar a pressão familiar acabam por encontrar no processo de dependência uma “saída” para a pressão vinda da família e do seu processo de amadurecimento. Com tudo isto, combinado com um padrão multigeracional de abuso de substâncias muitas vezes presente nas famílias, o adolescente terá quase todas as condições necessárias para se tornar um dependente químico.

A abordagem destas famílias inclui uma profunda sondagem nos processos emocionais que circundam a dependência (Todd e Selekman ,1991). Muitos temas podem ser encontrados, mas nenhum é tão recorrente quanto a morte.

Este tema aparece sob diversos aspectos. O adicto e sua família vivem a ameaça da morte todo o tempo. O adicto está usualmente beirando a morte, ou envolvido com ela. Seus familiares por vezes se esforçam o quanto podem na tentativa de livrá-lo da morte. De fato, esta é uma patologia com alto grau de mortandade. Os adictos costumam manifestar um desejo de morrer mais freqüente do que outros pacientes psiquiátricos apontando uma clara tendência suicida .Podemos afirmar que a adição também é uma espécie de suicídio lento (Stanton, 1999, Kalina, 1999). E, apesar de a morte ser uma forma de separação, ela parece ser a menos temida pelo adicto.

Vários estudos têm documentado que o sistema familiar adictivo costuma ser marcado por muitas mortes e perdas prematuras e traumáticas (Stanton, 1999). Costuma também haver uma clara correlação entre a morte de avós ou pais e o início do uso de drogas. É possível afirmar que estes fatos podem justificar também o superapego visto antes, o medo de se separar e de perder este ente também.

Contudo, paradoxalmente, há uma negação clara da gravidade da condição do adicto, abrindo espaço até a uma espécie de displicência no que diz respeito à proteção com relação à verdadeira situação de risco. Parece que a família se acostumou tanto ao caos que se sente imune a ele.

O adicto estará ainda representando todas as mortes da família, em especial a dos avós (Stanton, 1999). Drogar-se também é uma forma de se anestesiar da dor, assim como de estar envolvido no processo autodestrutivo de

alguém. Ao mesmo tempo, a morte fica sendo uma forma de martirizar -se – no sentido de “torna-se mártir”. Morrendo, o adicto nunca sairá da família e seu drama será perpetuado no sistema.

Esta perpetuação se dará na forma da transmissão geracional de comportamentos autodestrutivos e superprotetores. Esta herança é transmitida pelo relacionamento dos membros da família, em sua forma de se comunicar.

3.3 - Forma de comunicação das famílias adictivas

Vimos até então alguns padrões relacionais recorrentes na família adictiva, priorizando sua estrutura e suas implicações ao longo do tempo. Nosso objetivo agora será abordar o tipo de linguagem que é utilizada nessas famílias, propiciando que a dinâmica da dependência aconteça.

A forma de se relacionar é a característica mais visível ao nos depararmos com um sistema familiar adictivo. Desde a chegada no consultório, a maneira como os membros da família se comportam uns com os outros traduz muitas coisas a respeito do sistema familiar. Isto ocorre porque todo comportamento é uma mensagem e é impossível não se comunicar (Watzlawick et alli, 1993).

A comunicação implica observarmos o dito e o não-dito, além da coerência entre estas mensagens. Assim como nos outros itens, encontramos nas famílias adictivas padrões repetitivos de comunicação que estabelecem o tipo de funcionamento que aquele grupo terá.

Alguns autores se dedicam especialmente a identificar a forma de comunicação existente em famílias adictivas. Krestan e Bepko (1994) afirmam que o segredo é a linguagem típica da família adictiva, e que sua manutenção seria o principal combustível da adição. O que se tenta esconder não é o uso em si, mas o seu significado e suas conseqüências no sistema.

“O fracasso para designar o problema como sendo um problema resumindo sua negação – tem os mesmos efeitos sobre os quais Bok fala, quando se refere à guarda de segredos: o bloqueio de evidências que evitam que uma pessoa possua informações, as revele, ou faça uso delas. É neste meio misterioso que o sistema familiar adictivo paralisa-se, ocorrendo, então, uma incapacidade para compartilhar ou fazer uso do segredo que todos conhecem” (Bepko, 1994, p. 147).

Black (1990) afirma que as pessoas que nascem em famílias adictivas aprendem desde cedo a negar, minimizar, racionalizar e desprezar seus sentimentos e suas experiências, e a mentir para se protegerem e protegerem a imagem da família. “Outras aprendem simplesmente a nunca falar – a verdade nunca pode ser contada.” (p. 5)

Todos os comportamentos descritos anteriormente são um esforço para negar o problema. A negação acontece por meio de mentiras que são contadas com o intuito de impedir a adequada percepção das conseqüências do uso. Pode também acontecer pela própria negação do uso ou pelas distorções sobre suas conseqüências.

Para Krestan e Bepko (1994) a negação ,como elemento propiciador da manutenção do comportamento adictivo , acontece na família em vários níveis e desde o início da relação com a substância, acompanhando toda a sua evolução. Este fato fica muito claro quando nos remetemos à descrição do processo de dependência vista no primeiro capítulo. Lá afirmamos que a virada do momento de funcionalidade para o de disfuncionalidade dar-se-ia a partir da minimização na percepção dos danos vividos em tal relação. Concordamos, portanto, com Bepko quando esta afirma que existe uma distorção entre a realidade e a percepção desta, resultando na mentira que o próprio adicto conta para si mesmo, negando as conseqüências do uso. E acrescentamos, como exposto no primeiro capítulo, que este fato também é facilitado pela funcionalidade anteriormente vivida e pela disfuncionalidade agora percebida. Esta situação, então, reforçaria ainda mais a utilidade da negação.

“ Eventualmente, a pessoa engajada no processo de negação começa realmente a acreditar nas mentiras que conta aos outros. A mentira básica – “Não estou fazendo o que estou fazendo” ou “O que estou fazendo não tem as conseqüências que parece ter” – eventualmente leva a formas mais profundas de guardas de segredos. O indivíduo começa a contar mentiras para encobrir outras mentiras ”(Krestan e Bepko, 1994, p. 148).

O progressivo distanciamento da realidade vivido pelo adicto e resultante da negação traz uma gradual supressão das emoções, fazendo com que o adicto viva num mundo cada vez mais povoado de justificativas para defendê-lo de suas perdas. Krestan e Bepko (1994) sinalizam que este fato se reflete no silêncio como representante da falta de comunicação dos sentimentos. Na medida em que há negação e mentiras, como algum membro da família, incluindo o próprio adicto, poderá falar da vergonha, do medo, da culpa e da raiva?

Assim agindo, o adicto forma um padrão de relacionamento baseado na justificação e na racionalização, em que ataca antes de ser atacado, causando grande desagrado aos demais membros da família, que se sentem injustamente atingidos e desrespeitados, com uma sensação de não estarem mais entendendo o adicto, nem se fazendo entender por ele.

A negação é, por muitas vezes, o comportamento mais propenso a críticas de pessoas de fora do sistema. Com relação à família adictiva, é comum ouvirmos comentários sobre como esta pode não estar percebendo a gravidade do quadro em que se encontra, ou o quanto a família minimiza situações absolutamente dramáticas.

Contudo, se entendermos do ponto de vista sistêmico, vamos compreender a lógica de “tamanho fenômeno”. A adição traz uma ameaça muito grande ao sistema, e a negação é a clara estratégia da família para não “desmoronar” por causa dela. Seria um mecanismo mantenedor do equilíbrio da estrutura, como nos afirma Ramos (1999):

“O alcoolismo, dentro de uma família, traz grande dose de estresse, transformando-se rapidamente numa doença de todoo grupo familiar, como postulou Jackson, em 1954. Esse estresse é o responsável pelo rompimento da instabilidade que, por sua vez, conduz a família a um exagerado apego ao conhecido, cronificando atitudes calcadas em mecanismos reguladores” (p. 209).

Estando o mecanismo da negação intimamente relacionado com a progressão da dependência, conforme visto no capítulo 1, quanto mais ela aumenta, mais mentiras, segredos e silêncios são necessários para lidar com a evolução da adição.

Assim, se de um lado o adicto nega a gravidade das conseqüências de seu uso, de outro a família adota o mesmo mecanismo. No começo a família nega primeiramente para si mesma: “Meu filho nunca usou drogas”, “Meu marido não bebeu tanto assim”. Quando o fato fica impossível de ser negado dentro da família, seus membros se esforçam vigorosamente para esconder as situações de perda de controle das pessoas que estão fora do sistema, dando justificativas aos outros pela ausência do adicto em festas, ou pelo seu mau humor.

Black (1990) desenvolveu um estudo com filhos de dependentes e afirma que as crianças se tornam especialmente *experts* na função de proteger o sistema adictivo por meio da mentira e do silêncio. As crianças aprendem desde cedo a não expressar dentro da família seus sentimentos de medo e culpa, pois isto poderia perturbar ainda mais o sistema. Esse comportamento se estende para fora da família trazendo dificuldades no contato com os pares, na medida em que precisam mentir para encobrir o que de fato acontece dentro de suas casas.

Assim como as crianças tentam controlar o estresse familiar com seu silêncio, os adultos adotam diversos comportamentos com o mesmo fim, e, muitos deles, em silêncio. Escondem garrafas, jogam fora as drogas que encontram e não contam ao dependente, vão a boca de fumo pedir para o traficante não vender mais drogas ao filho, ou ao bar pedir para o balconista não servir seu marido.

Muitas vezes, quando a família se reúne em uma sala de terapia e é estimulada a falar sobre o que tem feito para minimizar as consequências da adicção, seus membros se espantam com o quanto eles sabiam das atitudes uns dos outros, mas mantiveram silêncio. Muitas vezes preferem não compartilhar o que sabem, ficando com todo o peso do que descobriram. “Em outras palavras, uma resposta ao comportamento secreto do alcoólico é um engajamento recíproco no comportamento secreto por parte de outros membros da família” (Krestan e Bepko, 1984, p. 150).

Podemos então concluir que, assim como o envolvimento do adicto em seu processo de dependência causa um profundo distanciamento da realidade e, conseqüentemente, um aumento de seu sofrimento, o mesmo acontecendo com o familiar. Este, cada vez mais envolvido em sua negação, suas mentiras e segredos, acaba por ter dificuldade de perceber a realidade que criou não distinguindo mais suas mentiras de suas verdades. Ou seja, o estilo de vida adictivo do dependente equivale ao estilo de vida de negação exercitado pela família.

Este fato produz um afastamento emocional cada vez maior entre os membros da família, diminuindo a possibilidade de se apoiarem mutuamente no momento em que mais precisam.

“A família oscila entre extremos de profundo silêncio e falta de engajamento e períodos de extrema reatividade que mascaram a emoção autêntica. Uma emoção é expressada como algo mais: a raiva torna-se violência, tristeza torna-se cólera, o medo torna-se fúria, o desespero torna-se profunda necessidade de controlar, a dependência torna-se vergonha. Os sentimentos reais permanecem escondidos e não manifestados” . (Krestan e Bepko, 1995, p.151)

Um outro aspecto importante da linguagem contida no mecanismo de negação presente nas famílias adictivas é que ela priva os membros da família

dos recursos adequados para lidar com as situações, já que aspectos destas situações são omitidos, distorcidos ou substituídos por meio da mentira.

Na medida em que as pessoas não se expressam verdadeiramente sobre como se sentem em relação ao comportamento adictivo, o adicto muitas vezes se surpreende com o quanto estava incomodando os outros com o seu estilo de vida. Apesar de o familiar reclamar quando o adicto faz algo incômodo para ele, muitas vezes esta reclamação vem sob uma forma acusatória, não específica e distorcida, facilitando, por muitas vezes, a desfocalização do adicto de seu próprio comportamento. Xingar o adicto de “viciado”, irresponsável, dizer que ele está destruindo a vida de sua família, são com freqüência expressões de um desespero que não ajudam a encarar a realidade de frente. A linguagem do sistema é muitas vezes voltada para atacar as pessoas e não para enfrentar o problema.

É importante lembrar que este estilo de interação comunicacional tende a se tornar um padrão familiar e ser passado como herança através de gerações, até quando o sistema encontrar outra forma de se manter funcionando.

Uma outra característica encontrada na linguagem das famílias adictivas é a dificuldade de estabelecimento de limites. Ao cuidarmos dos adictos e seus familiares, percebermos a imensa dificuldade que possuem para lidar com o não. Esta, muitas vezes, no sistema familiar adictivo parece ser uma palavra vazia, carente de significado. Ocasionalmente pode ser usada de forma paradoxal quando se queria dizer sim ou um talvez.

Kalina (1991) afirma que a referida dificuldade se deve ao fato de se encontrar nas famílias adictivas a dificuldade de lidar com os símbolos, porque eles sempre representam uma mediação. E mediação significa espera. Para os membros do sistema adictivo, a demora se torna muito dolorosa, pois os desejos precisam ser satisfeitos de imediato. O adicto não sabe esperar e corre para os efeitos da droga. Os familiares não sabem esperar e correm para controlar o adicto. O não é a espera, e a espera é a morte (Kalina, 1999).

Assim, o não tem uma especial conotação negativa tanto para o adicto quanto para a família. Da mesma forma que o não para o adicto é prenúncio de vazio e morte, para a família seu não é abalado na mais pueril ameaça do adicto

em transgredi-lo. Apesar de seus membros entenderem a importância de sustentá-lo, têm muito medo de que ele seja um veneno que extermine o sistema. Ajudar essas famílias a experimentarem a força construtiva do limite, do não, é fundamental para o estabelecimento de relações mais funcionais.

A facilitação é outra forma de linguagem muito comum nos sistemas adictivos. Geralmente ela se expressa na forma de uma ajuda dada ao adicto diante das suas dificuldades, impedindo, com o tempo, que o indivíduo possa assumir as conseqüências de seus atos. Esta ajuda pode ser dada por qualquer membro da família que se sinta com capacitação para tal. Na verdade, com relação à adição, ela é a linguagem mais encontrada dentro e fora da família, e é um comportamento muito valorizado socialmente: afinal, não fica bem não ajudar a quem precisa!

O adicto gasta toda a sua mesada, que é imediatamente repostada pela mãe ou pelo pai. Ou ele é surpreendido na escola com droga e a mãe esconde este fato do pai, por este ser muito agressivo e brigar com o filho. A esposa, mesmo enraivecida, paga as dívidas do marido no bar. Todos esses comportamentos criam na relação uma expectativa de não capacitação por parte do dependente para lidar com suas escolhas.

Dito de outra forma a mensagem passada seria: “Estaria perdido sem você”, por parte do adicto, e “Você não é nada sem mim”, por parte do facilitador. Figurativamente falando seria como se o adicto desse um “atestado de competência” para o familiar que o “salva” e o familiar ao salvá-lo desse ao adicto um “atestado de incompetência” por não conseguir se salvar. Obviamente esta mensagem não é concretizada nas primeiras ajudas; contudo, torna-se facilitação quando passa a ser uma presença constante na relação das pessoas envolvidas.

A mudança deste tipo de interação está no bojo do tratamento da adição, que precisará trazer alternativas que proporcionem uma transformação no que tange à interação – competência da família e incompetência do adicto. O equilíbrio das competências precisará ser conquistado a partir da assunção das responsabilidades que cabem ao adicto e da desistência de controle por parte da família.

A linguagem da adição também pode estar nas famílias com ou sem a presença das drogas. Muitos estudos como o de Stanton (1999) encontram uma relação positiva entre a adição e a presença de outros comportamentos compulsivos na família, tais como compulsão alimentar, tabagismo, compulsão sexual e dependência de jogo. Nessas famílias, o uso indiscriminado de medicamentos também é encontrado, bem como uma facilitação para sua aquisição e abuso. Estes fatos propiciam o aprendizado de comportamentos adictivos e de alívio imediato de dores e mal-estar, criando um ambiente propício para o desenvolvimento da realidade da adição.

IV

ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS

Discutiremos as características de famílias em que um ou mais membros apresentam adicção a drogas , a partir dos dados clínicos de quatro casos atendidos em um grupo de tratamento direcionado a familiares de pessoas com problemas de adicção a álcool e outras drogas. Este grupo é parte integrante de um Programa desenvolvido no Setor de Dependência de Álcool e Outras Drogas, que funciona no Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O referido Programa foi inaugurado em 2001 e funciona em nível ambulatorial (no Serviço de Psiquiatria) e de internação (na 18ª Enfermaria de Gastroenterologia).

Sua dinâmica está fundamentada em metodologias, tais como Entrevista Motivacional, Terapia Cognitivo-Comportamental, Programa de 12 Passos e na Terapia Familiar Sistêmica, que visam à conscientização da problemática da dependência bem como à aprendizagem de novas formas de viver e de se relacionar por parte do dependente e de sua família.

O grupo de familiares funciona uma vez por semana e recebe parentes de dependentes que estão, ou não, em tratamento. É um grupo aberto, com frequência semanal de dez pessoas em média. Nestes grupos contamos com a presença de um ou dois representantes de cada família que comparecem juntos ou se revezam. Quando os membros de uma mesma família pertencem a subsistemas diferentes (por exemplo, esposa do adicto e os pais do adicto) , os mesmos são encaminhados para atendimento individual quando necessário. Percebemos ,ao longo do tempo ,que os familiares que costumam comparecer são os membros mais influentes de cada família. Em geral são os responsáveis pela saúde do dependente e de toda a família, e, por conta dessa condição, estão particularmente interessados em “aprender” a lidar com a dependência no seu

ambiente familiar. Os casos que serão aqui discutidos são de freqüentadores desse grupo.

Apresentaremos primeiramente uma síntese dos quatro casos e, em seguida, discutiremos como se desenvolvem em cada caso as características já descritas no terceiro capítulo.

1 - Apresentação dos casos:

Caso 1 - Família Santos

Perfil familiar

Pai : Felipe

Mãe : Carmem

Filhos:

- Marli, professora, 49 anos, casada com Dirceu, empresário, 53 anos. O casal tem um filho: Miguel, 21 anos, estudante. Moram fora do Rio
- Mário (PI) , comerciante, 48 anos, casado com Flávia, médica, 45 anos. Este casal tem dois filhos: Vítor, 19 anos, estudante, e Carolina, 15 anos, estudante.

Felipe e Carmem são casados há 52 anos e estão trabalhando no comércio de Mário. Estão nesta atividade desde que Mário passou a fazer uso mais pesado de álcool, embriagando-se no trabalho. Os pais tomam conta do bar, posicionando-se entre Mário e os funcionários diante das discussões provocadas por Mário. Carmem conta que o filho usa álcool desde adolescente, e que o uso se tornou mais pesado após seu casamento. A esposa de Mário trabalha muito, ficando por dias fora de casa em plantões. Carmem relata que são muito amigas e que a nora conta muito com sua ajuda.

Com as crescentes “cenas” na frente do bar, e diante da impossibilidade de os pais controlarem Mário, Carmem “o convence” a ir à Santa Casa para uma consulta médica. Lá é diagnosticada a dependência de álcool. O médico psiquiatra

receita alguns medicamentos com o objetivo de minimizar a compulsão por álcool, marca retorno para avaliar a indicação, mas Mário não se sente motivado a voltar. Toma a primeira caixa dos remédios, pára de beber por nove meses. Neste período, a mãe freqüenta o grupo de orientação para familiares, com o objetivo de aprender a lidar com o filho.

Evolução do caso

Nos nove meses em que Mário se manteve abstinência, Carmem expressa muita felicidade pelo fato de o filho não estar mais bebendo, mas reclama que ele continua a ter um humor muito ruim e que eles (ela e o marido) continuam a trabalhar no comércio para ajudá-lo. Neste período, Flávia continua ausente do tratamento de Mário. Ao ser questionada sobre a participação da esposa na vida de Mário, Carmem comenta que Flávia, estaria ainda mais atarefada, pois é ela quem gera a maior parte dos proventos da família. Os filhos quase não são citados. Por volta de março, Mário fez uma operação plástica na barriga, para retirar excesso de tecido acumulado após emagrecimento radical. A operação foi um sucesso, mas a recuperação trouxe muitos problemas, como água acumulada na barriga e inflamação dos pontos. Este fato trouxe desespero e tensão para toda a família, que, segundo Carmem, viveu uma frustração muito grande.

Quatro meses após a cirurgia e suas complicações, Mário volta a fazer uso pesado de álcool e de cocaína (fato este escondido até então). Seu retorno ao uso é marcado por um forte descontrole, em que chega a ficar completamente embriagado no bar e a sair para comprar cocaína mais de dez vezes por dia. Este fato “obriga” os pais a passarem muito tempo no bar para proteger o caixa, Mário, e os funcionários. Um mês após esse retorno, a família nuclear faz uma reunião com Mário, expondo sua insatisfação com o comportamento dele. Sua esposa receita-lhe alguns medicamentos homeopáticos, e Mário responde positivamente, ficando alguns dias sem consumir substância psicoativa. Após esse breve período,

Mário retorna ao uso e passa novamente para o “colo” da família de origem. A mãe e o pai mudam suas rotinas para cuidar com mais afinco do bar. A família pensa seriamente em interditar Mário pois, segundo a mãe, ele se encontra insano e sem controle. A esposa de Mário diz a Carmem que não sabe mais o que fazer e que não tem recursos financeiros para uma internação à revelia (sugerida pela equipe da Santa Casa). Carmem, então, assume mais uma vez a posição de liderança frente ao caso, e planeja a internação e a interdição. Quando a mãe se decide a chamar a ambulância para internar Mário, este foge para sua casa. Lá sua esposa e seu filho o pressionam, ameaçando interná-lo. Ele promete não beber, ficando “limpo” durante duas semanas.

Caso 2 – Família Souza

Esposa : Darcília

Marido: Cezar (PI)

Darcília, professora (45 anos) e Cezar autônomo (47 anos) estão casados há 13 anos. Darcília tem uma irmã, que construiu uma casa no mesmo terreno que ela. Cezar tem três irmãos, mas não se relaciona com sua família de origem porque “brigou com todos”. Darcília mora com Cezar em uma casa própria construída pelos dois, sendo Darcília a principal provedora das duas casas, já que Cezar não paga nenhuma conta de casa, e a irmã separou-se do marido que não dá nenhuma ajuda financeira a ela e ao filho do casal – Fabiano (19 anos). Cezar já foi casado, tem uma filha e um neto que Darcília e ele criam desde pequeno. Cezar trabalha como autônomo vendendo roupas em feiras. Darcília é professora de 2º grau e dá aulas em uma escola no turno da noite. Cezar faz uso pesado de álcool há dez anos.

Darcília relata que o padrão de uso de Cezar é bem estereotipado. Ele só bebe fora de casa e chega bêbado todos os dias. Costuma agredi-la verbal e

fisicamente, fato este que a impede de dormir até ter certeza de que Cézár já adormeceu.

Evolução do Caso

Com dois meses de frequência de Darcília à Santa Casa, Cézár procurou ajuda no serviço objetivando parar de beber. Iniciou o tratamento e se manteve abstinência por dez meses. Durante esse tempo, Darcília conta que a agressividade de Cézár cessou, e que ele passou a se responsabilizar pelo neto, em seus horários de entrada e saída da escola. Relata ainda que não se sente confiante na recuperação de Cézár porque “isso já aconteceu várias vezes”. Darcília informa que por dez anos tem levado Cézár a serviços de saúde (emergencial e ambulatorial) por conta de seu alcoolismo e que não obtém sucesso. Contudo admite que esta é a primeira vez que Cézár faz um tratamento continuado.

Após seis meses do início do tratamento, Darcília descreve o seu incômodo pela presença constante de Cézár dentro de casa, e por sua demanda por sexo. Darcília conta que Cézár está tentando fazer sexo anal com ela todas as noites e que este fato acontece na presença do neto que dorme na mesma cama que o casal. Darcília conta ainda que o comportamento sexual de Cézár sempre a incomodou, pois, quando bebe, Cézár tenta “alisar” sua filha e fala muitos palavrões. Darcília é orientada a acostumar o neto a dormir em sua própria cama, e a conversar com Cézár sobre a situação.

Nesta mesma época, Cézár tem duas recaídas, entretanto não abandona o tratamento. Por conta desses episódios, Darcília retorna ao seu comportamento habitual típico quando Cézár está alcoolizado – o de medo e silêncio. Quando questionada sobre o que tem vontade de fazer, Darcília afirma que “às vezes tenho vontade de largar tudo”, mas acha impossível na medida em que sustenta sua irmã que mora no mesmo terreno e tem certeza que ele não deixará a casa. Por sua vez Cézár afirma que sua maior queixa é a dedicação de Darcília à sua família de origem, que custeia todas as despesas da irmã.

Caso 3 – Família Limeira

Pai: Edmundo (PI)

Mãe: : Helga

Filhas:

- Carla, 26 anos, solteira. Tem um filho – Vagner , 3 anos.
- Fernanda, 20 anos, casada com Cláudio, tem um filho – Jaime , 1 ano

Helga, dona de casa (50 anos) e Edmundo, funcionário publico (47 anos) moram atualmente em casa própria, com Carla e o neto. Helga relata que seu marido sempre foi um bom homem e que cuidava de sua família. Há vinte anos começou a beber com amigos em um bar, na época do nascimento da segunda filha do casal. Chegava em casa alcoolizado, reclamando dela e das filhas e ia dormir. Helga relata que no começo brigava muito com ele, e protegia as filhas de sua agressividade. Com o tempo ela e a filha mais velha passaram a buscá-lo no bar, a dar comida na boca e a colocá-lo para dormir. Edmundo passou a beber mais, exigindo sempre que este socorro fosse dado por elas.

Nessa época, a mãe de Helga ficou muito doente, e Helga viajou para o Norte com o propósito de cuida-la. Edmundo piorou muito de seu alcoolismo, e nessa mesma época a mãe de Helga veio a falecer. Ao voltar, Helga retoma o seu cuidado com Edmundo, tomando conta de seu salário, tirando dele o talão de cheques e o cartão de credito. Helga, nesta fase, começa a tomar tranqüilizantes e a apresentar muitas queixas somáticas. Sua filha mais nova se casa, na mesma época que a mais velha engravida. A grande preocupação de Helga é com sua filha mais nova, que tem comportamento impulsivo, é muito agressiva. Segundo os médicos, diz Helga, este fato se deve a problemas no parto.

Helga, ao saber do serviço da Santa Casa, leva Edmundo dizendo a ele que iriam a um neurologista. Após consulta com psiquiatra, fica combinada uma internação de desintoxicação por 40 dias para Edmundo na própria Santa Casa. Durante esse período, Helga veio à Santa Casa todos os dias para visitar Edmundo e trazer-lhe comida.

Com relação à família de origem de Edmundo, sabemos que seus pais eram separados, sua mãe já morreu e seu pai é recasado, morando fora do Rio. Edmundo passou o último Natal na casa do pai, e se sente muito bem quando fica lá. Helga também se sente confortada quando Edmundo está com a família de origem.

Evolução do caso

Edmundo responde bem ao tratamento e se encontra abstêmio desde então (um ano e meio). Helga continua freqüentando as reuniões contando que confia um pouco mais em Edmundo, deixando o neto aos cuidados dele. Helga diz que Edmundo ficou com seqüelas do alcoolismo, tem muitos esquecimentos e que precisa ser sempre monitorado. Sua filha mais velha está pensando em se unir ao pai de Vagner, já que confia em poder “deixar os pais em casa sozinhos agora.”

No momento, Helga tem apresentado diversas queixas somáticas, como uma dor no estômago, que teve início após a internação de Edmundo e problemas na vista – que estão sendo tratados. Ela explica que agora tem tempo de ficar doente e pode cuidar dela na medida em que Edmundo está sem beber. Helga nos relata também que toma Lexotan há 15 anos por conta do que passou com Edmundo e que está disposta a parar, mas tem medo.

No que diz respeito ao casal, estão conseguindo retomar sua vida sexual, que estava extinta há cinco anos. Esta decisão foi tomada em conjunto pelos dois. Decidiram consultar um médico, pois Edmundo está apresentando disfunção erétil.

No momento, Helga está abatida e triste pois vai passar o Natal com o marido na casa dos pais dele, e sua filha e seu neto ficarão no Rio. Ela diz que tem de cumprir sua obrigação de esposa.

Caso 4 - Família Duarte

Tia : Clarissa

Sobrinho: Gustavo (PI)

Clarissa, artesã, tem 73 anos é solteira e não tem filhos. Mora com o sobrinho Gustavo, desempregado, de 42 anos que faz uso pesado de álcool e drogas. Clarissa conta que Gustavo mora com ela desde que sua irmã ficou doente, há 10 anos. Nessa época ele já fazia uso abusivo de álcool e drogas e sua irmã passava o tempo todo empenhada em salvá-lo das conseqüências de seu uso. Com o falecimento da irmã esse legado passou para Clarissa, que sustenta o sobrinho até hoje.

Quando questionada sobre sua família de origem, Clarissa conta que seu pai era muito agressivo, e que tentou matá-la uma vez. Ele bebia muito, subjugando toda a família. Sua mãe era muito omissa e também tinha muito medo do marido. Clarissa relata que tinha uma relação muito ruim com sua irmã (mãe de Gustavo) e que disputavam espaço em casa desde novas. Contudo ela ficou viúva e, como Clarissa não casou e mora na casa da família, sua irmã veio ficar com ela até a morte.

Segundo Clarissa, Gustavo tem um comportamento muito agressivo, rouba suas coisas e a enfrenta quando ela reclama dele. Clarissa costumava fazer comida para ele, comprar tudo o que Gustavo gostasse, como refrigerante e iogurtes. Entretanto, sentia-se muito traída e magoada, pois “recebia mais exigências e agressões de volta”. Sua maior dificuldade é o sentimento de

impotência diante da situação. Diz não conseguir se defender por ter medo que matem seu sobrinho já que mora em uma área muito violenta.

Clarissa sente que deve “levar essa carga” porque mora na casa que é dela e de outros sobrinhos, não podendo deixá-los desamparados.

Evolução do caso

Clarissa procura o serviço da Santa Casa para saber como levar o sobrinho a se tratar. Com o tratamento, percebe seu próprio comportamento facilitador do abuso e excessivamente dedicado. Tenta algumas modificações deixando de comprar refrigerantes para Gustavo, que reage agressivamente com cobranças. Clarissa se mantém ora firme ora tentando agradar a ele. Percebe que o sobrinho, por ter tudo em casa, não se esforça em colaborar com nada. Tem conseguido se preocupar menos com Gustavo, cuidando mais de seus afazeres pessoais. Isto lhe traz um misto de alívio e culpa. Gustavo atualmente tem perguntado quando a tia deixará de ir à Santa Casa. Ela tem respondido que não tão cedo, pois está precisando de muita ajuda. Gustavo vem diminuindo a intensidade das cobranças com Clarissa e esta já consegue trancar a porta de sua casa após a meia-noite, fato este que delimita horário de entrada.

Clarissa relata que sua maior dificuldade diz respeito ao medo que tem de perder Gustavo para o tráfico. Ao mesmo tempo tem medo que ele lhe faça algum mal. Nota que o grupo de terapia tem lhe ajudado a entender o processo de dependência de Gustavo enquanto uma patologia que é tanto dele quanto alimentada por ela. Afirma que se vê no lugar de sua irmã, a quem tanto criticava quando esta estava viva, devido às suas atitudes facilitadoras com relação ao Gustavo.

Clarissa percebe sua grande dificuldade emocional com relação ao sobrinho, evitando falar das mortes, tanto do irmão de Gustavo (morto pelo tráfico) quanto da mãe de Gustavo, sua irmã, apesar de Gustavo tentar abordar o tema.

2- Discussão dos casos clínicos

Na discussão dos casos clínicos , ressaltaremos três dimensões importantes na dinâmica da família adictiva : a estrutura familiar, os impasses desenvolvimentais e a forma de comunicação .

2.1 - A Estrutura Familiar

Podemos observar nas quatro famílias estruturas organizadas rigidamente funcionando em torno do dependente químico. No caso 1, o primeiro triângulo rígido observado é o do filho em uma ponta, os pais na outra e a esposa de Mário na terceira ponta . A dupla formada em torno da questão da dependência está bem clara entre Mário e os pais, com a esposa ocupando um lugar periférico, de *outsider* Isto pode ser percebido quando cabe apenas aos pais lidar com as situações de perda de controle de Mário.

Eles costumam acudi-lo, guardando dinheiro do caixa, pedindo aos funcionários do bar para não discutirem com ele, tentando minimizar os efeitos de seu comportamento, mantendo ,assim ,a homeostase familiar. Não contam com sua família nuclear, e sempre justificam sua ausência. Este fato faz com que Carmem e Felipe tenham uma relação de cuidados excessivos com Mário, que reage a eles com agressividade e culpa em relação aos pais, ficando mais na posição de filho na sua família de origem , do que de pai na sua família nuclear.

Contudo é interessante notar o quanto as intervenções da família nuclear de Mário provocam diferença em seu comportamento. O fato do filho encontra-lo usando cocaína propiciou uma tomada de posição por parte da família nuclear e uma mudança na atitude de Mário. Ocorre, neste caso, uma mudança de forças no sentido das triangulações, com Flávia e Mário fazendo dupla, e os pais ficando *outsiders*.

Este fato – a mudança das forças nas triangulações – costuma trazer uma química nova ao sistema, que precisa ser sustentada enquanto um novo comportamento se instala, que seria Mário exercer mais a sua função paterna e prescindir dos cuidados dos pais. No caso de Mário, a intervenção da família nuclear ocorre pontualmente, em situações de extrema crise e não costuma se manter ao longo do tempo. Ao finalizar a crise, os pais e ele assumem de novo a dupla rígida e todo o processo vivido anteriormente se reinicia. Por isso afirmamos que a presença desta triangulação rígida até pode ser mudada em alguns momentos, mas tende a se perpetuar de forma “conservadora” como afirma Kalina (1999) na maioria das vezes, se todo o sistema não se atualizar e seguir avançando nas etapas do ciclo vital (como afirmam Carter e MacGoldrick, 1995) . No caso de Mário, ele e Flávia precisariam construir e atualizar seu casamento.

No caso 2, de modo diferente do que ocorre no caso 1, podemos afirmar que a dependência de álcool ocorre prioritariamente dentro do subsistema conjugal, atrelada à dinâmica do casal. Neste caso a dependência do álcool ocuparia uma ponta do triângulo, junto com César como dupla e Darcília na outra ponta. Isto acontece porque há muitos anos este casal se relaciona com a presença do abuso e da dependência entre eles.

Quando César pára de beber, Darcília e ele se sentem perdidos e desconfortáveis no momento em que a dependência ativa fica como *outsider*. Darcília expressa diversas vezes uma incredulidade a respeito da sinceridade da recuperação de César, dizendo que ele pode estar só dando um tempo, pois já fizera isso outras vezes. Parece que o relacionamento desta dupla (Darcília e César) é tenso e necessita triangular constantemente com situações bastante conflituosas, o que caracteriza a codependência.

Este fato pode ser também observado quando César reclama de Darcília por esta pagar as contas de sua irmã. Aqui também podemos observar outra triangulação rígida, desta vez com César *outsider* e Darcília e sua família de origem *insider*. Darcília está sempre se dividindo entre sua família de origem (subsistema fraterno) e seu casamento (subsistema conjugal). Esta situação é

reforçada devido à presença do álcool em seu casamento e à dependência financeira de sua irmã em relação a ela.

Fato semelhante é encontrado no caso 4, onde encontramos Clarissa triangulada com o seu sobrinho e com a dependência. Podemos observar que Clarissa entra neste triângulo desta forma após a morte de sua irmã, que ocupava a função de cuidar e de proteger Gustavo. Este arranjo, mantido anteriormente pela irmã e perpetuado por Clarissa, ajuda a manter a dependência no sistema, triangulando a dependência no relacionamento das únicas pessoas que restaram na casa: Gustavo e Clarissa. Todo o relacionamento deles gira em torno da possibilidade ,ou não, de ele ter usado álcool naquele dia, de se chegará bêbado, se quebrará alguma coisa na casa ou se importunará Clarissa.

No decorrer de seu tratamento, Clarissa apresentou muita dificuldade em investir energia em outras áreas de interesse que não fossem relativas à dependência de Gustavo. Não costuma sair ou manter outros relacionamentos, justificando que sempre fica muito preocupada em deixar suas coisas “à mercê” de Gustavo. Acreditamos que o grande combustível desta sua atitude tenha três origens. A primeira seria a gravidade da dependência de Gustavo, que cada vez mais se apresenta intensamente envolvido com sua perda de controle, o que acaba por provocar a preocupação e o estado de alerta de Clarissa. A outra poderia ser explicitada em forma de pergunta: que outros interesses Clarissa teria neste momento de sua vida aos 73 anos , e que implicações isto teria em sua existência? Clarissa parece estar aprisionada na dinâmica desta triangulação que acaba dando sentido à sua vida.

A terceira fonte poderia ser, de alguma forma, a tentativa de Clarissa resolver seu triângulo primário com a mãe e o pai, pois temos a informação de que seu pai era alcoólatra e de alguma forma Gustavo estaria reeditando seu avô. Fazemos sempre a hipótese de que o paciente que se droga reedita um morto para que assuntos pendentes ou não falados venham à tona, dando assim, possibilidade de maior fluidez na comunicação da família.

Esta situação reforça o extremo apego que Clarissa vive com relação ao sobrinho, que se tornou o centro de sua vida. Vivendo esta relação indiferenciada

com Gustavo, Clarissa se sente culpada e insegura com qualquer postura que represente algum nível de diferenciação, como, por exemplo, expor coerentemente sua posição .

Clarissa afirma que tem conseguido tomar algumas atitudes neste sentido, como não comprar para ele refrigerante, cigarros e iogurte. Afirma fazer isso por se sentir fortalecida pelo grupo de terapia. Acreditamos que o grupo esteja ajudando Clarissa a arriscar-se em uma nova triangulação, desta vez com o grupo, para que possa trazer para o relacionamento com o sobrinho, novos repertórios de comportamentos e sentimentos.

Já no caso 1, os pais de Mário têm muita dificuldade de trazer novos comportamentos para o relacionamento com o filho. Acreditamos que isto se deve à cronificação do quadro devido ao tempo em que ele se configura desta forma. No caso 4, Clarissa está há menos tempo na triangulação com Gustavo, o que pode estar facilitando suas mudanças. E esta, apesar de representar uma figura parental , na verdade é tia, que por sua vez precisa também se diferenciar de sua irmã, mãe de Gustavo, assumindo assim, seu papel na hierarquia familiar.

No caso 3 a dependência entra progressivamente na relação do casal, estabelecendo-se após o nascimento da filha caçula. Helga relata que o marido reagiu mal ao nascimento da mesma pois queria um filho homem. Como essa filha nasceu com muitos problemas devido ao parto difícil, Helga teve que se dedicar muito a ela, o que coincidiu com a piora do alcoolismo de Edmundo.

Assim como nos dois casos anteriores, a triangulação principal neste caso é com Edmundo, sua dependência de álcool e Helga. Esta ora se dedica a ele enquanto paciente identificado, ora se dedica à filha mais nova, que também ocupa o lugar de paciente identificado. Neste caso, Edmundo parece ficar isolado na sua relação com o álcool enquanto Helga e as filhas formam um outro grupo, que alterna entre se proteger dos efeitos do alcoolismo de Edmundo ou proteger o próprio Edmundo de seu alcoolismo.

Esta situação facilita outra característica muito comum nos subsistemas adictivos, que consiste na questão da falta de fronteiras entre os subsistemas.

Durante o desenvolvimento do alcoolismo de Edmundo, Helga não pôde contar com ele como companheiro no subsistema conjugal. A filha mais velha ocupou este lugar, enquanto Edmundo ficou numa posição periférica, como filho das duas. A filha mais velha, no período do desenvolvimento do alcoolismo de Edmundo, ajudou Helga a cuidar dele, bem como de sua irmã mais nova.

Quando Edmundo parou de beber, Helga foi orientada a demarcar a fronteira do subsistema conjugal, passando a responsabilidade da filha pelo pai, para a equipe terapêutica, com a própria Helga assumindo seu lugar de esposa e companheira. Sua filha mais velha participou algumas vezes do grupo de terapia, no qual foi abordada a questão do quanto precisava cuidar de sua própria vida, “deixando seu cargo” e voltando a seu lugar original de filha. Ela sempre expressou muito medo e preocupação em deixar por conta de sua mãe e de seu pai a liderança da casa. Contudo Helga tem sido muito assertiva com a filha, dizendo que quer assumir a casa junto com seu marido. Sua filha mais velha vai aos poucos voltando ao seu lugar no subsistema fraterno e se posicionando como mãe de seu filho e companheira do pai deste.

Edmundo tem se mostrado mais forte na relação conjugal, fazendo dupla com Helga, deixando sua dependência *outsider*. Helga tem respaldado a atuação de seu marido com relação às filhas e aos netos, ajudando a fortalecer sua posição hierárquica de pai e avô. Este, por sua vez, na medida em que está longe da dependência ativa do álcool, se fortalece a cada dia na hierarquia do sistema, o que ajuda todos a se posicionarem também de forma mais adequada.

No caso 1 já podemos perceber uma indefinição hierárquica muito mais grave e crônica. Mário é extremamente desqualificado em sua posição hierárquica de pai, marido e patrão. Em vez de autoridade, exerce uma dominação pelo descontrole e pelo medo, ao mesmo tempo em que se coloca como extremamente debilitado e dependente quando atua dessa forma.

Situação semelhante acontece no caso 2, em que Darcília é a única responsável pelas contas da casa. César também exerce uma relação de dominação, com presença de agressividade física, mas sem nenhuma autoridade reconhecida. Darcília paga as contas, ela é a dona da casa: está sozinha no

subsistema conjugal. Por sua vez, César assume o papel de filho revoltado e rebelde, fazendo cobranças como tal. Não tem compromissos com Darcília nem com a casa, e faz o que quer e na hora que bem entende.

Quando César pára de beber, ficando a dependência como *outsider*, a relação do casal se torna tensa. César passa a reivindicar a dedicação de Darcília ao casal, e a apontar o investimento de Darcília em sua família de origem como uma “traição” a ele. Darcília, apesar de querer o marido, se sente muito dividida: será seguro trocar o “certo” (sua família) pelo duvidoso? E se César voltar a beber? Quando isto de fato acontece, Darcília parece comprovar suas suspeitas e, apesar de sofrer com seu alcoolismo, volta à situação já conhecida.

No caso 4, as fronteiras hierárquicas estão indefinidas a partir da própria indefinição judicial em que Clarissa está envolvida por conta da propriedade da casa. Com a morte de sua irmã, a casa teria que ser dividida entre ela e os três sobrinhos. Esta divisão nunca foi feita. Quando Clarissa tenta impor limites mais severos a Gustavo, este coloca que a casa não é dela. E, apesar de Clarissa ser orientada a buscar uma definição para esta situação, ela sempre adia, afirmando que “está muito velha para se aborrecer com essas coisas”

Com a continuidade do tratamento, Clarissa já consegue “tomar posse” de sua parte na casa, colocando tranca em seu quarto, e fechando a porta de casa depois de determinada hora. Gustavo freqüentemente tem respeitado esses limites e Clarissa tem se sentido mais confiante por conta deste estabelecimento de fronteira. Entretanto, ela própria reconhece que esta é a sua maior dificuldade.

2.2 - Os Impasses Desenvolvimentais

Com relação ao modo como as famílias caminham em seu ciclo vital, podemos perceber nos quatro casos apresentados neste estudo, impasses desenvolvimentais importantes que abrem espaço para a presença e a manutenção da dependência.

No caso 1, apesar de Mário ter conseguido formar sua família nuclear, não consegue assumi-la como tal. Suas funções passam à sua esposa, que é a responsável pelo cuidado dos filhos e pela provisão da casa. Por conta da dependência química, seu comércio não dá lucro. A solução encontrada pela família foi os pais de Mário atuarem junto com ele no negócio.

Contudo, isso não é o que acontece de fato. Apesar de Mário ser oficialmente o dono, no estabelecimento tanto os pais como os funcionários o tratam como uma criança que não pode ser contrariada, ouvindo suas orientações, mas fazendo o que acham melhor, pois “ele não sabe o que fala”. Mário é um “pseudodono”, um “pseudomarido”, um “pseudoprovedor”, ou seja, vive sua pseudodiferenciação nas áreas mais importantes de sua vida. Apesar de ter idade de adulto, vive como um adolescente, condição esta facilitada tanto pela forma como a família trata seu problema quanto por sua vivência na dependência.

Sem metas de crescimento profissional e pessoal, Mário, cada vez mais frustrado, se droga com mais vigor e desespero. Acaba por se colocar em uma condição que deixa sua família diante de um trágico dilema: suportá-lo assim, ou deixá-lo, com o risco de perdê-lo para sempre.

A estrutura familiar do caso 1 tem características de cronificação muito importantes. O sistema apresenta uma resistência muito grande no sentido de mudança no padrão relacional. Os pais de Mário repudiam qualquer mudança relacionada à superproteção e à assunção dos papéis que seriam do filho. Eles manifestam muito medo de perdê-lo para a dependência. Acreditam que seu excesso de cuidado está ajudando Mário a sobreviver. E de certa forma isto é verdade, entretanto também ajuda Mário a se manter na dependência.

A tolerância que o sistema apresenta com relação ao comportamento disfuncional de Mário é imensa. Carmem e o marido suportam todo o tipo de comportamento de Mário – xingamentos, humilhações e ameaças de agressão física – com o intuito de cuidarem dele. Como assinala Stanton (1999), a família sofre com o comportamento do adicto, mas não abre mão dele. Carmem, no decorrer do tratamento, já consegue se identificar como a facilitadora do abuso, contudo ao mesmo tempo se justifica dizendo: “Coração de mãe é que nem rio, a

água passa e leva tudo.” (sic) Dessa forma não se cansa, seu aborrecimento se torna passageiro e rapidamente se fortalece para suportar o peso da dependência de seu filho.

Fato semelhante acontece no caso 2 com Cézar e Darcília. Esta “agüenta” todo tipo de humilhação em nome do casamento. No caso 4 situação idêntica se repete com Clarissa e Gustavo, em que o sobrinho lhe falta ao respeito das mais diversas formas, sem encontrar nenhuma forma de barreira para seu comportamento disfuncional.

No decorrer do tratamento de Carmem, percebemos que seu filho apresenta mudança de comportamento quando da intervenção de sua esposa ao ameaçar interná-lo ou colocá-lo para fora de casa. Isto assinala um caminho de mudança no padrão relacional mantenedor da dependência, que neste caso estaria voltado para o fortalecimento de sua posição na família nuclear . Entretanto, parece haver ao mesmo tempo uma força contrária de manutenção da situação da dependência (homeostase), pois a presença da família nuclear não costuma se sustentar por muito tempo para dar continuidade à mudança de padrão comportamental de todos. . Acreditamos que alguns fatores devam ser levados em consideração neste caso.

O primeiro deles seria a qualidade de vínculo conjugal de Mário e Flávia. A família nuclear de Mário parece ser importante para ele, mas por que será que se encontra tão distante em seu dia-a-dia? Não é nosso objetivo fazer especulações acerca desta realidade, e sim apontá-la como um fator importante para a manutenção do *status quo* familiar e direção para a mudança.

Este fato leva a um outro igualmente importante: o grande espaço ocupado pela família de origem no dia-a-dia de Mário, em detrimento de sua família nuclear. Como ressaltam Carter e McGoldrick (1995), podemos perceber que o espaço que a família de origem ocupa para um indivíduo é, no decorrer de seu desenvolvimento, diminuído por conta de seu processo de diferenciação que proporciona um engajamento em novos grupos, principalmente no investimento na família nuclear. No caso de Mário, este processo parece não ter acontecido de fato. A família de origem de Mário ocupa os espaços mais importantes em sua

vida, principalmente na solução de todos os seus problemas, como se ele não tivesse saído de casa. Neste caso, a dependência química pode ter piorado após o nascimento ou crescimento dos filhos, pois ele chegou a formar sua família, mas não consegue acompanhar seu desenvolvimento.

Stanton (1999) ressalta, em quadros semelhantes, que estas pessoas, na verdade, nunca saíram de suas famílias de origem. Bowen (1978) aponta que, em momentos de mudança, o grau de diferenciação pode ser melhor observado. Podemos afirmar então, que no caso 1, apesar de Mário ter conseguido formar sua família nuclear, não alcançou de fato um nível de diferenciação necessário para sustentar sua saída da casa dos pais. Este fato pode ter sido agravado com o desenvolvimento de seu processo de dependência, que, por si só, possibilita um estado de dependência crônico. Mário e sua família se encontram então no dilema de contar com a família de origem para sustentar a presença da família nuclear e vice-versa. Ou seja, se os pais de Mário “saíssem de cena”, será que a família nuclear de Mário se sustentaria? Ou, se a família nuclear de Mário o “devolvesse” de fato para a sua família de origem, será que eles suportariam tamanho grau de proximidade e simbiose?

Em alguns casos, o processo de dependência química é desde cedo tão intenso que dificulta que o indivíduo caminhe em suas etapas desenvolvimentais – o caso 4 apresenta este perfil. O processo de dependência no qual Gustavo está envolvido pode não ter sequer permitido que este formasse sua família nuclear. Segundo Clarissa, Gustavo vem de uma família de dois irmãos, na qual ele é o filho mais novo e o mais velho morreu assassinado por traficantes – também envolvido com a dependência química. Gustavo se droga desde muito cedo, e sempre teve em sua mãe uma codependente que o ajudava e o sustentava. Na ocasião de sua morte súbita, Gustavo parece transferir a função materna para Clarissa, que a aceita imediatamente. Esta, por sua vez, também não constituiu família, vivendo sua vida em função de sua família de origem. Ficou cuidando de sua mãe, depois de sua irmã (mãe de Gustavo), e agora de Gustavo. No papel de cuidadora da família, Clarissa não teve tempo de constituir a sua própria, e parece ter como herança ocupar esse lugar, se perpetuando na família.

Como no caso 1, Gustavo (caso 4) vive a situação de pseudodiferenciação quando está em seu mundo particular– do qual Clarissa se sente excluída – com suas saídas repentinas, com seus amigos misteriosos, e seu envolvimento com o tráfico. Ao mesmo tempo não mostra nenhuma condição de viver sem a tia, que lhe dá sustento, local para morar, além de lhe proporcionar compromisso familiar. Já para Clarissa, Gustavo é a sua companhia “eterna”, porque ele não se diferencia e, por conseguinte, não vai embora.

Gustavo e Clarissa estão presos nas lembranças familiares, mantendo a ilusão de que a família deverá estar unida para sempre, com a dependência colando ambos nessa rede familiar. Gustavo, completamente dependente de Clarissa, não permite que ela possa prosseguir com sua vida, como, por exemplo, fazer planos para si própria. Clarissa, por sua vez, não se sente com autoridade de pressionar Gustavo para conseguir um emprego ou se engajar em qualquer atividade que possa trazer algum nível de independência para ele e para ela – a dependência os aprisiona.

No caso 2, a pseudodiferenciação é mais caracterizada no que diz respeito à dependência emocional de Darcília em relação a César e vice-versa. Não há limites e fronteiras entre eles, chegando à agressão física. Demonstrem muita dificuldade de partilhar espaços, tendo vidas pseudo-separadas. Isto porque César não participa de nenhuma atividade social com Darcília, e Darcília, por sua vez, também não conhece o “mundo” de César. Encontram-se apenas dentro de casa, onde César está normalmente alcoolizado, e Darcília ora está reclamando de seu comportamento, ora está completamente subjugada por ele.

Não há troca entre os membros do casal, e a individualidade é expressa com negligência emocional e violência. Cada vez mais sozinhos, Darcília e César se isolam em seus mundos, mas não se separam de fato. Por mais que não estejam satisfeitos um com o outro, demonstram muita dificuldade com a separação. Para Darcília as agressões físicas são motivos para não continuarem juntos, embora ela não consiga “visualizar” essa possibilidade, pois percebe sua vida completamente infiltrada na dele e vice-versa. Ela relata sentir-se muito culpada por não ter conseguido ter filhos e acredita ser este o motivo de César ser

tão agressivo com ela. Cuida de César como uma mãe, e este se comporta como seu filho na medida em que não se compromete com nenhuma das funções de “marido”.

No caso 3 podemos afirmar que a pseudodiferenciação se faz presente com relação à dependência de Edmundo com relação à Helga. Contudo, podemos percebê-la contrabalançada pela postura de Helga em afirmar o lugar do marido como tal e na postura de Edmundo em sustentar sua sobriedade, preservando seu lugar. Podemos especular aqui que a diferenciação do casal com relação às suas famílias de origem permitiu a construção desta família nuclear, que, apesar de abalada pelo alcoolismo, encontra espaço para acontecer. Este processo pode ser visto com a permissão dada à filha mais velha para construir seu próprio núcleo familiar. Apesar de todos os membros terem dificuldade de sair da casa de suas mães (fato que acontece tanto com Helga quanto com Edmundo, e agora com suas filhas), parece que este sistema apresenta flexibilidade suficiente para essa evolução desenvolvimental. Nesta família, portanto, podemos perceber a dificuldade de uma geração se refletindo na geração seguinte, e o processo de tratamento ocorrendo também nesta ordem como forma de revelar essa necessidade de diferenciação da família de origem.

Podemos também destacar nas famílias adictivas a morte como um fator com poder de paralisar o desenvolvimento familiar, fato este também observado por Stanton (1999). No caso 4 principalmente, este tema aparece com muita força. Este sistema foi, durante sua evolução, muito castigado por mortes prematuras e traumáticas. Muitas pessoas saíram da família assim. A irmã de Clarissa (mãe de Gustavo) morre de enfarto fulminante, pedindo socorro a Clarissa, dentro de sua casa. O irmão de Gustavo foi assassinado pelo tráfico. A mãe de Clarissa teve uma doença crônica e uma morte muito sofrida. Clarissa vive em uma área de risco e depara-se o tempo todo com tiroteios e ameaças de morte – fora e dentro de sua casa.

Observamos que a morte nesta família trouxe um superapego e medo de separação muito intenso, o que dificulta qualquer tentativa efetiva de separação. E, apesar de Gustavo não demonstrar nenhum medo da morte, expondo-se na

favela, quando está alcoolizado senta-se nos pés da tia e lhe pede carinho. Esta, cheia de ressentimento e com medo de perdê-lo, se assusta com a aproximação afetiva e reclama do quanto ele se droga e afirma que vai pelo mesmo caminho do irmão. Clarissa e Gustavo estão presos também nas lembranças dos lutos não resolvidos, das mortes não faladas, das dores emocionais não elaboradas. Tudo isto acaba por se transformar em abuso de álcool e superproteção, alimentando assim o ciclo adictivo na família.

2.3 - A Forma de Comunicação

A comunicação nas famílias adictivas caracteriza todo o sentido da função do sintoma neste sistema. Isto porque é a partir dela que atua toda a estrutura familiar. Também é consequência imediata da forma como a família se estrutura e de como lida com seus impasses ao longo do tempo, enquanto reforça intensamente seus padrões relacionais.

Salientamos que o segredo está no âmago da linguagem utilizada nas famílias adictivas. Ele aparece sob a forma de pactos, alianças e coalizões, e mantém a estrutura familiar funcionando como tal. Entretanto, a forma mais contundente e poderosa de se sustentar a linguagem do segredo nas famílias adictivas é por meio da negação.

No caso 1, podemos perceber a negação extremamente infiltrada no sistema. Os pais de Mário minimizam a gravidade do processo de dependência do filho, computando sua perda de controle a um mau humor crônico e às seqüelas que podem ter ficado do alcoolismo. Ao mesmo tempo que mantém um bar como fonte de renda de Mário.

Este fato pode ser observado quando, após a recaída acontecida com quase um ano de abstinência de Mário, Carmem conta ao grupo de terapia que seu filho era usuário de cocaína e que acreditava que ele nunca tivesse parado de usar a droga. Este fato havia sido negado por ela durante todo esse tempo, apesar de no grupo existirem diversas pessoas com familiares que apresentam dependência cruzada de álcool e cocaína. Após esta informação, todo o grupo

passou a compreender por que Carmem ainda precisava cuidar de Mário – na verdade ele continuava se drogando, só que com menos intensidade.

A negação, no caso 1, tanto ajuda Mário a se manter no processo de dependência quanto ajuda Carmem a acreditar que realmente está ajudando seu filho. Muitas vezes nos parece que João só pode contar com esses pais, e eles fazem o que podem para ajudá-lo. Contudo essa ajuda está homeostaticamente servindo para mantê-lo no sintoma.

Podemos entender que a negação dos pais reforça a negação do próprio Mário, pois este ainda acredita que está conseguindo sustentar seu estabelecimento comercial. Mas, na realidade, seu bar está sendo administrado por seus pais, que ficam com ele (Mário) o tempo todo revezando-se para não deixar o estabelecimento só por sua conta.

Ao mesmo tempo, a negação na família de origem proporciona sua ocorrência na família nuclear. Eles acreditam que Mário está sendo “devidamente ajudado” por seus pais e por isso “dando conta” de sua vida. Seu uso de cocaína é escondido dos filhos pela esposa e por seus pais. Seu núcleo familiar só entra em contato com a disfuncionalidade advinda do processo de dependência de Mário à noite, quando todos chegam em casa. Nestes poucos momentos, este sistema adquiriu uma série de mecanismos para não entrar em contato com a dura realidade: os filhos chegarem tarde e exaustos demais para conversar e a esposa virar noites em plantões com a justificativa da responsabilidade da provisão.

Como já sinalizado anteriormente, a família de origem “toma a frente” quando uma grande crise acontece, e, da última vez, o filho mais velho de Mário chegou em casa mais cedo e viu o pai cheirando cocaína. Diante deste fato, finalmente descoberto, a família não pôde mais se omitir nem negar, colocando-se, assim, de frente com a situação.

Portanto, a coalizão – mantida pelo segredo entre Carmem, a esposa e Mário acerca do uso de cocaína – não pôde ser sustentada quando o filho entrou nessa dinâmica. Este pareceu ser o limite da família, pelo menos até o momento.

No caso 4, a negação de Clarissa aparece misturada com muito ressentimento pelo sobrinho. Ou seja, Clarissa alterna em suas emoções. Em

determinados momentos está ciente de que o sobrinho se encontra seriamente envolvido em um processo de dependência e que ela precisa aprender a lidar com essa situação a fim de se proteger e, ao mesmo tempo, ajudá-lo no que puder. Em outros, Clarissa se sente pessoalmente ofendida pelas agressões e desconsiderações de Gustavo, e se pergunta o que ela faz que o ofende tanto. Estes momentos são cheios de desencontros entre os dois, e há troca de ofensas e ameaças vazias.

Quando Clarissa se dá conta da dependência de Gustavo, consegue se comunicar com mais assertividade, obtendo respostas bastante satisfatórias, como, por exemplo, em uma ocasião em que Gustavo chegou em casa alcoolizado e quebrou vários objetos no quintal. Clarissa pediu, na manhã seguinte, que ele limpasse o que havia sujado e consertasse o que havia quebrado. Quando de sua volta para casa, Clarissa encontrou, pela primeira vez, seu quintal limpo por Gustavo e seus objetos consertados. Este fato não acontecia no passado. Clarissa se comportava como se nada tivesse acontecido para evitar brigas. Limpava tudo e ficava com muita mágoa e raiva.

O caso 4 apresenta ainda uma característica muito marcante das famílias adictivas: a dificuldade de falar de sentimentos. O silêncio é a marca dessa família. Ele geralmente é quebrado ora com cobranças, ora com acusações. Neste sistema, esta é uma dificuldade transgeracional. Clarissa foi filha de pai extremamente violento e mãe omissa, que nunca falou sobre essa situação e “resolveu” a questão mandando Clarissa para um colégio interno. Ela conta o quanto era sofrido voltar para casa, pois tinha medo de ser agredida e ao mesmo tempo não podia se proteger. Esta situação trouxe um grande distanciamento de seus próprios sentimentos, fato este que se reflete em sua relação com seu sobrinho.

Clarissa, após seu tempo no grupo de terapia, consegue identificar o quanto vive com seu sobrinho uma relação parecida com a que vivia com o seu pai, e o quanto os confunde muitas vezes. Sente-se subjugada, como se ele fosse mais forte do que ela, reagindo de uma forma extremamente conformista e disfuncional. Não consegue se defender nem consegue amá-lo. Sente-se dividida e confusa.

Por outro lado, Gustavo, em plena vivência de sua dependência, também se encontra indisponível emocionalmente e retroalimenta o comportamento de Clarissa. Este fato faz com que Gustavo se desfocalize de sua dependência. Ele está preso no sofrimento antigo do sistema, reforçando-o ou fugindo dele com sua dependência.

A negação, como fuga e como comportamento reforçador da dependência, manifestada pelo silêncio, também acontece no caso 2. Darcília e César têm no comportamento disfuncional gerado pelo processo de dependência um amortecedor de suas frustrações como casal – como afirma Kalina (1999). A gravidade da dependência e de suas conseqüências é negada por ambos quando estes apresentam uma intensa tolerância aos excessos que tal condição proporciona. A comunicação do casal é pautada no silêncio apavorado de Darcília e nas acusações de César.

Quando César tem sua primeira recaída após sete meses limpo, Darcília nada fala com ele, e expõe para o grupo que não sabe o que dizer. Percebe-se uma grande dificuldade de enfrentamento, acarretando comportamento omissivo, quase displicente. Já no caso 3, Helga costuma conversar sobre qualquer situação de dúvida ou medo com relação a Edmundo, que responde imediatamente à sua solicitação. Ele também costuma expor suas dúvidas e medos a Helga, resolvendo suas situações no subsistema conjugal.

A abstinência costuma provocar a necessidade de estabelecimento de outro estilo de comunicação, abrindo espaço nos relacionamentos. Por exemplo, no caso 2, quando César fica abstêmio, um outro tipo de silêncio se coloca entre o casal. Neste período de abstinência a comunicação foi a principal dificuldade entre eles. Darcília continuou agindo como se o marido estivesse bebendo e sentia-se bastante desconfortável quando este tentava conversar com ela. Darcília relata que tem muita mágoa do marido, mas não se sente com coragem de falar, tem medo de ser acusada.

A dificuldade de comunicação neste sistema alimenta intensamente a questão do estabelecimento de limites dentro da família. Não há demarcação de fronteiras, com presença de abuso físico e sexual. A perda de controle é

alimentada pelo silêncio omissivo, que proporciona um terreno livre para os excessos. O que será que descobrirão se esses assuntos forem ativados? Para Krestan e Bepko (1995) a negação com relação à dependência pode estar escondendo segredos muito piores como no caso 2 , o abuso sexual de Cezar com a filha. Como este sistema irá encontrar formas de estabelecer fronteiras funcionais se o silêncio continuar a ser a forma de comunicação nessa família?

No caso 3 o silêncio foi mantido como negação da gravidade do problema por 20 anos. Neste tempo, tanto Helga quanto suas filhas estavam voltadas para minimizar as conseqüências do alcoolismo de Edmundo. Elas iam buscar o pai no bar, nunca o “aborreciam” com assuntos que o confrontassem, tomavam todas as iniciativas por ele. Isto fez com que Helga e suas filhas ficassem muito unidas e se tornassem parceiras na ajuda a Edmundo. A família chegou ao seu limite quando Edmundo começou a ter um comportamento agressivo com elas. Neste momento, Helga toma a iniciativa de ameaçar interdita-lo judicialmente. Ele então aceita ajuda. A partir daí, a família consegue assumir o alcoolismo de Edmundo e se engajar no processo terapêutico.

Com Edmundo sóbrio, o sistema procurou um rearranjo no sentido de funcionar sem a necessidade de cuidar de Edmundo. Ele passa a assumir suas funções como marido e a ser respeitado como pai.

Entretanto, esta é uma família que funciona por intermédio de patologias. Com a melhora de Edmundo, a dependência de medicamentos que Helga adquiriu fica evidente, além de diversas queixas somáticas. Atualmente Helga tem problemas no estômago e na visão, que estão sendo devidamente tratados, além de dependência de ansiolíticos.

V

Considerações Finais

No decorrer deste trabalho, procuramos entender como se dá o funcionamento familiar de um sistema adictivo. Podemos afirmar que ele se concretiza com a acomodação da família ao sintoma, o que estabelece, no decorrer do desenvolvimento da dependência, uma série de processos que facilitam a manutenção desta condição.

Concordamos com Stanton (1999) quando afirma que a cronicidade da adicção pode ser explicada a partir do ponto de vista dos sistemas familiares. Encontramos nas famílias que vivem este problema padrões relacionais que, a serviço da homeostase do sistema, acabam por sustentar a dependência na família. Esses padrões são mantidos na estrutura familiar e perpetuados nas gerações pela forma de relacionamento estabelecido.

Entendemos que não devemos pontuar o momento em que tal processo é disparado por considerarmos que ele se dá em um movimento dinâmico de retroalimentação em que o indivíduo que se droga e sua família são participantes ativos na manutenção do processo de dependência.

Por um lado, o fenômeno da adicção em seu desenvolvimento estabelece uma vivência de perda de controle e progressiva disfuncionalidade do indivíduo que se droga. Estas circunstâncias fazem com que o indivíduo não consiga dar conta de sua vida e abra espaço para as pessoas mais próximas, em especial sua família, assumirem progressivamente suas funções. Este procedimento possibilita que, cada vez mais, o indivíduo se mantenha na adicção e, como conseqüência, na disfuncionalidade, perpetuando sua condição. Tendo a dependência química a característica de ser progressiva, essa situação tende a colaborar com o agravamento do quadro, tornando tal condição crônica e fatal, como assinala Edwards (1996) .

Deste modo, é de se esperar que, diante de um quadro tão disfuncional e debilitante, a família se cerque de cuidados, que costumam se tornar excessivos a fim de contornar uma situação que não envolve só o indivíduo que se droga, mas todo o sistema de que ele participa. Como a família é o grupo social mais influente na vida de qualquer indivíduo, entender sua dinâmica fornece muitas pistas das implicações deste processo na vida desta pessoa. Isto quer dizer que o fenômeno da dependência química não acontece apenas com o dependente, mas com todo o sistema familiar do qual ele faz parte.

A família vai progressivamente se estruturando de forma a contornar o problema. Esta situação, segundo Stanton (1999), segue um modelo homeostático da drogadicção que, na visão de Kalina (1999), é o responsável pela estrutura conservadora e autoritária presente nas famílias adictivas.

O pensamento sistêmico e seus seguidores têm colaborado de forma bastante eficaz para um entendimento mais relacional, e, conseqüentemente, amplo e inclusivo desta patologia. Esta visão tem nos instrumentalizado para entender a dependência química acontecendo dentro de uma dinâmica familiar específica, e não à parte desta. Isto quer dizer que a dependência química passa a ser considerada uma patologia provocadora de certas estruturas e, ao mesmo tempo, conseqüência destas.

Ao observarmos o estudo dos quatro casos clínicos apresentados neste trabalho, pudemos identificar o quanto a forma como as famílias se organizam tende a perpetuar os padrões disfuncionais, tanto do adicto quanto dos membros não dependentes de drogas. Nesses sistemas encontramos a presença de fronteiras difusas entre os subsistemas, o que dificulta que as pessoas deste grupo familiar possam exercer seus papéis de uma forma funcional dentro e fora de suas famílias. Isto acontece porque o desenvolvimento fora do núcleo familiar é reflexo do desenvolvimento dentro da família, o qual é proporcionado pela vivência das funções nos subsistemas. Não cumprindo suas funções nos subsistemas, o indivíduo fica preso na teia familiar.

Este fenômeno encontra-se nas famílias adictivas sob a forma de pseudodiferenciação. Stanton (1999) afirma que a drogadicção é uma solução

para o dilema de tornar-se independente ou não, por parte do dependente, e de separar-se do adicto. por parte da família. Nos casos clínicos apresentados pudemos observar que, em diferentes níveis, a dependência “prende” o dependente à família e a família a ele, de uma forma simbiótica e disfuncional.

Um outro fator encontrado em nosso trabalho é a presença da dependência em uma dinâmica triádica que, em um jogo de forças de quem vai estar dentro ou fora, mantém a drogadicção na trama familiar. Esta situação se intensifica na presença de uma tensão na dupla que necessita ,ou da droga ou de um membro que se drogue, para desanuviar o conflito, como foi observado no estudo dos quatro casos. Stanton (1999) acrescenta que a melhora do paciente identificado tende a proporcionar o foco no conflito da dupla, que se equilibra quando o dependente tem uma recaída, alimentando o ciclo adictivo.

Este fato nos remete à possibilidade de a manutenção do processo de recuperação do dependente químico ser influenciada pela família. Como já expusemos no início deste trabalho, a abordagem da família no tratamento da dependência tem se mostrado essencial nos quadros de dependência. Isto porque abordar o sistema familiar é abordar, necessariamente, o terreno onde as trocas emocionais mais importantes acontecem. Brasiliano e Cobelo (1994) afirmam que é muito improvável sustentar a melhora de algum paciente sem a intervenção em seu sistema familiar. E isto normalmente acontece por meio da abordagem dos vínculos da família com o dependente e vice-versa, com a conscientização do posicionamento dos membros da família no sistema e, conseqüentemente, com a assunção da função deste sintoma no sistema, buscando alternativas de mudança.

Ao discutirmos os quatro casos clínicos pudemos observar que a vinculação do dependente com a família, e desta com o dependente, é intensa, simbiótica e muitas vezes disfuncional. O tratamento feito com os familiares busca a conscientização dos papéis que cada um deles está ocupando na família para que possa haver alternativas mais funcionais.

Acreditamos que a dificuldade no restabelecimento, ou até mesmo estabelecimento, de relações mais funcionais no interior das famílias adictivas seja

proporcional ao “tamanho” do espaço emocional que a dependência química ocupe no sistema. Nos casos 1, 2 e 4, por exemplo, apresentam-se sistemas familiares extremamente adaptados ao padrão disfuncional do dependente. Isso faz com que qualquer proposta de modificação seja muito trabalhosa. Trata-se de situações diferentes da observada no caso 3, em que o sistema conseguiu se readaptar ao comportamento funcional de Edmundo, o que é provável que esteja ajudando na manutenção de sua sobriedade até o presente momento.

Todas estas observações mostram que, assim como ocorre com o dependente químico – que ao entrar em recuperação precisa ocupar o lugar que o estilo adictivo deixou com atividades mais funcionais para sua vida – fato correlato acontece com a família que, ao ter em seu sistema um dependente químico que não se droga, precisa aprender a viver sem essa disfuncionalidade no sistema. Tal transformação só acontecerá com a mudança de padrões relacionais, com comunicações mais verdadeiras, com o enfrentamento da dor do luto e de perdas não reparadas, com renúncias e novos comprometimentos que respeitem as habilidades de cada membro da família na ocupação de suas funções – nem superfuncionais nem subfuncionais, mas funcionando do modo que for possível e necessário.

Esta é uma abordagem democrática, porém hierárquica e estrutural do problema da dependência. Democrática, pois, como afirma Kalina (1999), a responsabilidade das interações precisa ser compartilhada pelos membros do sistema. Hierárquica e estrutural, porque acreditamos que as pessoas só podem de fato crescer e se desenvolver em uma escala de funcionamento, na qual uns tem mais poder do que outros – poder este distribuído de acordo com as suas responsabilidades e seu momento no ciclo vital familiar.

Acreditamos que o sucesso no caso 3 – que pode ser avaliado pela funcionalidade progressiva vivida neste sistema – se deve ao fato de que, ao deixar de beber, Edmundo assume progressivamente suas funções de pai e marido, ao passo que Helga recua no controle total da casa para dar o espaço que a dependência de Edmundo havia ocupado na forma de sua disfuncionalidade. Tal mudança não aconteceu ainda nos outros três casos discutidos.

Nossa investigação realizou-se pela exposição dos entraves estruturais, evolutivos e relacionais que as famílias observadas estavam vivendo. Apesar de serem graves, eles não impedem que seus membros participem do grupo buscando melhorar a situação de suas famílias.

O estudo dos quatro casos clínicos não tem como objetivo propor uma generalização desses padrões, mas mostrar, a partir das considerações teóricas, como o funcionamento familiar se dá nas famílias adictivas.

Podemos, a partir do referido estudo, compreendendo a dinâmica adictiva, formular intervenções terapêuticas no sentido de promover nas famílias uma progressiva mudança nos padrões de interação facilitadores da manutenção do comportamento adictivo. Acreditamos que esse processo só será possível na medida em que a noção da reestruturação destes padrões seja entendida e assumida pelo sistema familiar como um todo, num esforço de busca de novos padrões mais funcionais. Esse esforço, sem dúvida, deverá ser feito pelo sistema familiar e pelo sistema terapêutico que, com uma postura cada vez mais inclusiva, deverá, num esforço conjunto, caminhar em direção à mudança.

Referências bibliográficas

- ACKERMAN, N. W.(1958) . *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- ANDRADE, M.M.G. (2001) . *Adolescência e Consumo de Drogas*. Dissertação de Mestrado, PUC-Rio.
- BATESON G., JACKSON, D.,HALEY, J.E WEKLAND,J. (1956) .” Toward a Theory of Schizophrenia”, *Behavior Science*, 1: 251 – 264.
- BEATTIE, M. (1992). *Codependência nunca mais* . São Paulo, Best Seller.
- BERGER, P. L. e LUCKMANN, T. (1966) . *A construção social da realidade*. Rio de Janeiro, Artes Médicas, (1985) .
- BLACK, C.(1990) . *Double duty*, Nova York, Ballantine Books.
- BOWEN, M. (1978) . *Family therapy in clinical practice*. Nova York, Jason Aronson.
- BRASILIANO, S. e COBELO, A . (1994) “Psicoterapia familiar breve de farmacodependentes internados”. *Revista ABP – APAL*, 16 (4) : 165-170.
- BUCHER, R. (1992) , *Drogas e Drogadicção no Brasil*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- C.I.D. 10 - 1995, Ed. Artes Médicas.
- CARTER, B. , McGOLDRICK , M. & cols, (1989) .*As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar* , Porto Alegre, Artes Médicas,1995.
- CRUZ, M. S.e FERREIRA, S. M. B. (2001) . “Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica”. In: CRUZ, M. S.e FERREIRA, S. M. B. (org.) *Álcool e Drogas – usos, dependência e tratamentos*. Rio de Janeiro, IPUB-CUCA.
- DONOVAN, D. e CHANEY. E. (1985) “Prevenção de recaída e intervenção no alcoolismo: modelos e métodos”, in: MARLATT& GORDON. *Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos*

- adictivos*, Porto Alegre, Artes Médicas, (1993) .
- EDWARDS, G.e DARE, C. (1996) . *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
 - ESCH, R. (1991) . *Você e o alcoolismo : uma proposta de ação*. Rio de Janeiro, Qualitmark.
 - FORMIGONI, M.L., MONTEIRO, M. G. (1997) . “A etiologia do alcoolismo” in : RAMOS, S., BERTOLOTE, J. *Alcoolismo hoje* , 3a ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
 - FREUD,S. (1930). *Mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro, Imago, v. XXIII, 1975
 - GROISMAN, M., LOBO, M. CAVOUR, R. (1996) . *Histórias dramáticas: terapia breve para famílias e terapeutas*. Rio de Janeiro, Rosa dos Ventos.
 - GUERIN, P. (org.) . (1996) . *Triângulos relacionales*. Paraguay, Amorrortu editores S.A. , 2000.
 - JOHNSON, V. (1980) . *Guia prático para o tratamento do alcoolismo*. Petrópolis, Vozes, 1992.
 - KALINA, E. (1991) . *Drogas : terapia familiar e outros temas* . Rio de Janeiro, Francisco Alves.
 - _____. , KOVADLOFF, S. (1980) . *Drogadicção : indivíduo, família e sociedade*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
 - ____ (1999) . “Drogadicção: interação indivíduo-família- sociedade”. In: Kalina, et al. , *Drogadicção hoje*, Porto Alegre, Artes Médicas.
 - _ , (1999) . “Teoria e prática da psicoterapia familiar do adito: atualização”. In: KALINA, et al. , *Drogadicção hoje*, Porto Alegre, Artes Médicas.
 - KRESTAN, J.e BEPKO, C. (1989) . “Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar”, in CARTER, B. , McGOLDRICK , M. & cols, *.As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar* , Porto Alegre, Artes Médicas,1995.
 - _____ (1994) . “Mentiras, segredos e silêncio: ao múltiplos níveis da negação em famílias adictivas” in: IMBER - BLACK, E. e Cols , *Os Segredos na Família e na Terapia Familiar* ,Porto Alegre, Artes Médicas.
 - LAMBERT, M.S. e LAMBERT , G. (2001) . “Drogas ilícitas”, in: LAMBERT,

M.S. *Drogas : mitos e realidade*. Minas Gerais, MEDSI.

- LARANJEIRA, R. e SURJAN J. (2001) . “Conceitos básicos e diagnóstico”. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, 2 (supl 1) : 2-6.
- LEITE, M. , RAMADAN, Z. B. ,ALVES, T. C. T. (1999). “Comorbidade entre cocaína e outros transtornos psiquiátricos” in: LEITE, M. ; ANDRADE, A.G, 1999. – *Cocaína e Crack : dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas .
- LUCAS, M. (2000) .”Maconha : aspetos gerais” . *Pesquisa Médica*, 33 : 68 – 72.
- MASUR J. e CARLINI E. (1989). *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo, Brasiliense .
- MILKMAN, H. e SUNDERWIRTH, S. (1987) .*Viajando* . Rio de Janeiro, Forense – Universitária Ltda 1988 .
- MINUCHIN,S. (1980). *Famílias : Funcionamento e Tratamento*– Porto Alegre , Artes Médicas, 1990.
- NICHOLS, M.P. e SCHWARTZ R. C. (1998) . *Terapia familiar: conceitos e métodos*, Porto Alegre , Artes Médicas.
- OLIEVEINSTEIN, C. (1970) . *A droga*. 3a ed. São Paulo, Brasiliense , 1988 .
- PAPP, P. (1992) . *O Processo de Mudança: uma abordagem prática à terapia familiar da família*. Porto Alegre, Artes Médicas .
- RAMOS, S., BERTOLOTE, J. (1997) *Alcoolismo hoje* , 3a ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- SCHUCKIT, M. (1991) *Abuso de Álcool e Drogas : uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre , Artes Médicas.
- SCIVOLETTO, S. e ANDRADE, A.. G. (1997) . “ Complicações psiquiátricas pelo uso de álcool” in : RAMOS, S., BERTOLOTE, J. *Alcoolismo hoje* . 3a ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- ____ (2001) “Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas”. In : FOCCHI, G. et al . *Dependência Química: novos modelos de tratamento*. São Paulo, Roca.

- STANTON, M.D. , TODD, T. e cols. (1985) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona, Gedisa , (1999) .
- STEMPLIUK, V. e BURSZTEIN, P.(1999) . “A cocaína e a família”. In: LEITE, M. ; ANDRADE, A.G, 1999. – *Cocaína e Crack : dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas .
- SYDOW, K. et al. (2001) . “The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults “. *Drug and Alcohol Dependence*, 64: 347 – 361.
- TANCREDI, F. (1982) “As toxicomanias do ponto de vista da medicina e da saúde pública”. In : *Drogas e Drogados: O indivíduo, a família , a sociedade*, Rio de Janeiro, E.P.U.
- TODD, T. e SELEKMAN, M.(1991) . *Family terapy appoaches with adolescents substance abusers*. Massachusetts, Allyn and Bacon.
- VAILLANT, G. E. (1995) . *A história natural do alcoolismo*. Porto Alegre, Artmed, 1999.
- _____ (1996) . “As adições ao longo da vida: implicações terapêuticas”, in: EDWARDS, G.e DARE, C., *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H., JACKSON, D. D. (1967) . *A Pragmática da Comunicação Humana* , São Paulo, Cultrix , (1993) .