



Família e...

Comunicação, Divórcio, Mudança,
Resiliência, Deficiência, Lei, Bioética,
Doença, Religião e Drogadição



Cecilde Maria de Oliveira Cerveny
Organizadora



Casa do Psicólogo®

Família e drogadição

Valéria Rocha Brasil¹

A visão da drogadição vem se modificando ao longo da história, influenciando a compreensão desse fenômeno e, conseqüentemente, o tratamento concedido aos dependentes químicos e aos seus familiares. Sendo assim, vale ressaltar os diversos olhares que foram se configurando com o passar do tempo e perceber que ainda hoje algumas idéias, já “ultrapassadas”, são utilizadas por núcleos distintos da sociedade e até mesmo entre certos profissionais da área.

Inicialmente, a toxicomania era vista como um problema espiritual e, portanto, o dependente químico devia ser tratado a partir de rituais específicos. A participação da família se resumia em colaborar com a retirada de uma “entidade espiritual” que fazia o indivíduo usar a droga. Dessa maneira, o drogadicto e a sua família não possuíam nenhuma responsabilidade sobre o fenômeno, que era, portanto, colocado como algo externo sem qualquer ligação com o sistema familiar. Posteriormente, a dependência de drogas passou a ser vista como uma questão moral. O dependente era considerado

1. Mestranda em Psicologia Clínica na PUC-SP, psicoterapeuta de família, casal e dependentes químicos.

alguém amoral, “sem vergonha”, “marginal”, que deveria ser colocado à margem da sociedade (internado ou preso), e as famílias eram vistas como vítimas. Em 1966, a Associação Médica Americana passou a considerar alcoolismo como doença, contribuindo significativamente para retirar o estigma concedido anteriormente ao dependente químico. Por outro lado, esse termo isenta o dependente e a sua família de qualquer responsabilidade, transformando o fenômeno em uma questão organicista, sendo tratável apenas no âmbito médico. Em 1978, o código internacional de doenças (CID 9) substituiu o termo alcoolismo por síndrome de dependência do álcool. Sendo a síndrome um conjunto de sintomas, aos poucos vai-se ampliando o olhar até chegar a concepção da dependência química como um fenômeno multifatorial. A toxicomania se estabelece a partir de fatores biopsicossociais e, portanto, a compreensão e o tratamento do toxicômano deve levar em consideração todos os contextos nos quais ele está inserido, bem como, as inter-relações que se estabelecem nesses diversos sistemas.

A visão sistêmica vê a dependência química que se estabelece em um ou mais membros de uma família como um sintoma da “doença” familiar. Sudbrack (em Seibel & Toscano Jr., 2001), coloca a drogadição como um sintoma – comunicação que encontrará seu sentido na vida relacional familiar. Na minha opinião, tanto é um sintoma que pode estar comunicando algumas dificuldades e funcionamentos do sistema familiar, como também é uma síndrome com características específicas, que influencia e é influenciada pelo sistema familiar e todos os outros sistemas circundantes.

Ao compreender a drogadição sob o paradigma sistêmico, torna-se mais claro a relevância de estudar a família e discorrer sobre como se estabelecem as relações quando um ou mais membros do sistema são drogadictos. É possível observar padrões de repetição entre estas famílias, aspectos intergeracionais, influências significativas no e do ciclo vital, configurações de “identidade familiar” em torno do uso de drogas, relações de co-dependência que se estabelecem e papéis fixos e inflexíveis assumidos. Ao longo do texto, irei

detalhar cada um dos aspectos citados possibilitando posteriormente uma reflexão sobre o tratamento destas famílias.

O Impacto da drogadição na família

O impacto da dependência química em um sistema familiar é variável e estabelece um processo contínuo de inter-relações em que a família influencia a drogadição de um ou mais de seus membros e é influenciada por ela.

Os efeitos e conseqüências do abuso químico em uma determinada pessoa dependem de alguns fatores, tais como: o contexto em que o sujeito está fazendo uso, o tipo de droga, a quantidade, o estado psicológico e orgânico e a tolerância já desenvolvida. Nas famílias ocorre algo semelhante, já que o impacto da drogadição varia de acordo com as características externas e internas de cada sistema, como, por exemplo, o momento do ciclo vital em que se vive o fenômeno, a história intergeracional, o contexto sociocultural em que estão inseridas, etc.

Steinglass, Bennett, Wolin e Reiss (1997) discorrem sobre o quanto a dependência química no sistema familiar pode ser um fator de união ou de ruptura. Os membros não alcoolistas podem ser afetados física e psicologicamente tanto quanto o próprio dependente, ou até mesmo mais. As famílias, ao longo do processo, desenvolvem uma alta tolerância a situações de estresse e uma intensa adaptação. Os estágios avançados de alcoolismo podem levar a família ao isolamento, isto é, aos poucos vão deixando de freqüentar ambientes sociais com receio do alcoolista beber, os filhos não levam amigos para casa pois têm vergonha de mostrar sua realidade, e assim todos vão se fechando, quebrando laços sociais importantes e se organizando em torno do problema. Esse isolamento também colabora para a manutenção do “segredo familiar”. Tais famílias costumam fazer do alcoolismo parte de sua identidade, isto é, as crenças, a história,

as atitudes, as atribuições, as qualidades, as relações, os valores, a imagem de si mesma, o pertencimento, tudo se estrutura em torno da dependência química. É comum observar que, historicamente, o uso e o abuso da droga estiveram sempre presentes, desde a formação do casal e, às vezes, também na família de origem de um cônjuge, ou nas de ambos. A idéia de que um dia tudo vai mudar, ou de que “ele bebe porque é fraco”, a convicção de que existe sempre um culpado, as ações estereotipadas, como a de não contrariar o sujeito quando chega alcoolizado, ou toda vez que isso acontece a esposa serve um café, dá um banho gelado nele e o coloca na cama – são atitudes e crenças que se repetem ano após ano sem haver qualquer mudança significativa. Os membros da família vão se fixando em papéis e atribuições bem definidos (o filho é responsável em retirar o pai do bar, a filha se responsabiliza em dar apoio para a mãe, etc.). A imagem que a família constrói de si muitas vezes é negativa, a autoestima de seus membros é baixa, colaborando também para o isolamento ou a busca de relacionamentos que repetem esse padrão. Os mesmos autores afirmam que o alcoolismo passa a influenciar aspectos fundamentais da vida familiar, como rotinas, rituais e estratégias na resolução de problemas do cotidiano. Algumas famílias evitam comprar bebidas alcoólicas nas festas importantes, como nos rituais natalinos e nos aniversários. Outras estabelecem como estratégia de resolução, por exemplo, que os filhos corram para o quarto e finjam que estão dormindo toda vez que virem de longe o pai chegando alcoolizado em casa. Enfim, o alcoolismo pode influenciar significativamente as condutas reguladoras do sistema familiar.

Uma outra consequência importante a ser destacada é o impacto da dependência de drogas de um dos pais na vida e no desenvolvimento dos filhos. É difícil afirmar que o impacto depende de qual cônjuge é o dependente (o pai ou a mãe) ou que é mais intenso nos filhos de sexo masculino ou nos de sexo feminino. Sabemos que vai variar de acordo com as características pessoais de cada filho, a idade em que vivenciaram as consequências da dependência química de um dos pais, o equilíbrio emocional do pai não-toxicômano, a

rede de apoio que os circundam e o grau de violência no ambiente familiar ou das reações do drogadicto diante dos filhos.

Griffith Edwards destaca alguns possíveis efeitos na vida dos filhos de alcoolistas:

Aumento da ansiedade na criança dentro e fora de casa, podendo acarretar dificuldades na aprendizagem e no relacionamento social; quando a criança é do mesmo sexo do progenitor adicto, o modelo de identificação poderá não ser satisfatório; quando a criança é do sexo oposto, poderá, no futuro, estabelecer relações amorosas semelhantes aos modelos parentais, repetindo assim, a história de sua família de origem; pode afetar a auto-estima da criança, fazendo-a se desenvolver com uma baixa auto-estima; o adolescente pode afastar-se da família unindo-se a grupos específicos de adolescentes, ou ocorrer o oposto, isto é, o jovem pode permanecer dependente da família na tentativa incessante de resolver os problemas e defender o progenitor que não bebe; o risco destes adolescentes desenvolverem alcoolismo no futuro é muito alto. Vale ressaltar que estes efeitos não se restringem apenas a filhos de alcoolistas (com exceção dos dois últimos), podem-se encontrar em crianças cujos pais sofrem de outros problemas. Nos casos em que a mãe é alcoólatra, o marido pode “eleger” uma filha como substituta da mãe, e esta passa a desempenhar um papel na família que não é o dela (cuida dos irmãos, da casa e da própria mãe) (1987, p. 50).

Gitlow e Peyser (1991), chamam a atenção para algumas situações perturbadoras para os filhos de alcoolistas, vivenciadas no sistema familiar:

- inversão de papeis, em que um filho pode assumir o papel de pai e o pai assumir o papel de filho, por exemplo;
- inconsistência no afeto, no apoio e na segurança oferecidos por um ou ambos os pais – um exemplo ilustrativo é o do pai que varia o comportamento de acordo com o seu estado de sobrie-

dade, isto é, quando está embriagado age agressivamente e quando está abstinente passa a ser carinhoso, ou o comportamento variável da mãe, que oscila constantemente de humor de acordo com o estado de embriaguez do marido, refletindo diretamente em sua atitude para com os filhos;

- dificuldade dos pais de preencherem as necessidades emocionais dos filhos – como, por exemplo, a mãe que está mais preocupada em salvar o marido do alcoolismo, esquecendo assim, de cuidar adequadamente dos filhos;
- freqüentes oscilações entre esperanças e frustrações – exemplo: os pais prometem que as coisas vão mudar, pois o cônjuge parou de beber, mas depois de um tempo ocorre a reincidência e tudo volta a ser como antes; isso fortalece nos filhos uma desconfiança básica que interfere nos seus futuros relacionamentos;
- oscilação constante de embriaguez e abstinência, criando nos filhos uma ambivalência de sentimentos de amor e ódio, culpa por odiar o pai tão amado e sensações de rejeição pessoal, vergonha e humilhação perante a sociedade, podem se sentir isolados, alienados, diferentes e com intensa desesperança.

Em relação ao cônjuge não-dependente de drogas, alguns autores descrevem um padrão seqüencial de reações comumente seguidas entre as esposas de alcoolistas. Apesar de algumas famílias não seguirem esse padrão, Griffith Edwards o descreve com bastante clareza:

Primeiramente negam a existência do alcoolismo e relutam em assumir que é um problema na família, depois tentam controlar ou prevenir o comportamento problemático, posteriormente, a família começa a se isolar socialmente. Com o tempo a esposa vai percebendo que não está resolvendo a situação, que as coisas estão piorando e seu limite está se aproximando, teme por sua sanidade e desenvolve um sentimento de desesperança. Ocorre a diminuição ou interrupção do contato sexual, havendo um

distanciamento e sentimentos de medo e raiva. Percebe que algo deve ser feito e tenta convencer o marido a pedir ajuda. Essas esposas vivem problemas tanto no nível emocional, como no nível real. A auto-estima cai, sentem-se culpadas, angustiadas, infelizes e com medo, vivem problemas financeiros, violência doméstica, dentre outros problemas (1987, p. 45).

Muitas podem ser as reações diante da vivência de um casamento com um drogadicto. O cônjuge não adicto pode pedir o divórcio ou passar a brigar constantemente na tentativa de resolver o problema. Outra possibilidade é a adaptação a tal situação ou a busca de ajuda para si.

Na prática, percebo que as diversas reações diante de tais situações vão depender muito da estrutura emocional do cônjuge não dependente de drogas, da sua história de família de origem, das redes de apoio a que pertence, etc.

É importante observar as relações de co-dependência que ocorrem no sistema familiar. Os membros não toxicômanos podem estabelecer uma relação com o dependente de maneira semelhante a que ele desenvolve com a droga, isto é, assim como ele vive em função da droga e vai sofrendo conseqüências sérias de ordem biopsicossocial com isso, o co-dependente passa a organizar sua vida em torno do dependente vivenciando também problemas sérios conseqüentes de tal funcionamento. Segundo Hemfelt, Minirth e Meier,

co-dependência é uma adição a pessoas, comportamentos ou coisas. É a ilusão de tentar controlar os sentimentos interiores, através do controle de pessoas, coisas e acontecimentos exteriores. Quando ocorre uma co-dependência a pessoas, o Eu e a identidade pessoal, são brutalmente restringidos e superlotados pelos problemas e pela identidade do outro. Funcionam como aspiradores, puxando para si outras pessoas, responsabilidades, drogas, comida, trabalho, etc. Lutam sem trégua para preencher o grande vazio emocional que sentem por dentro (1989, p. 6).

Esses autores citam algumas características das pessoas co-dependentes, discorrem sobre os possíveis fatores vividos nas famílias de origem que colaboraram para o desenvolvimento de tais características e falam de papéis fixos e inflexíveis assumidos pelos integrantes de várias famílias com membros adictos.

O co-dependente pode apresentar uma ou mais compulsões; a auto-estima é baixa; acredita que sua felicidade depende do outro; sente-se responsável pelos outros; vive uma constante oscilação entre dependência e independência, tendo dificuldades em estabelecer relações de interdependência; nega constantemente sua realidade; preocupa-se em controlar e mudar coisas que não dependem dele, aumentando o seu grau de frustração em relação a vida; sente-se constantemente insatisfeito e sua vida é pautada por extremos. Geralmente, essas pessoas passaram por situações de abuso na infância; suas necessidades emocionais não puderam ser satisfeitas; viveram em sua família de origem com adições e repetem na família atual tal vivência.

Os papéis fixos e inflexíveis vividos, muitas vezes desde a infância, pelos familiares ressaltados por estes autores são:

- herói: muito cedo, esse filho assume tudo o que os pais não conseguem assumir, é muito responsável e procura “carregar a casa nas costas”, tentando resolver todos os problemas da família;
- bode expiatório: chama a atenção pela transgressão; está sempre fazendo algo para ter a atenção dos pais, porém é sempre repreendido e apresenta um sentimento de inadequação;
- criança esquecida: está sempre se isolando e ninguém nota sua presença dentro da casa, passa despercebida pela família;
- mascote: tenta encarar a dura realidade do lar fazendo piadas e brincadeiras; desfocaliza os problemas familiares por meio de risadas, chamando a atenção dos pais, porém por trás do sorriso há um grande sofrimento;
- facilitador: está sempre apaziguando e minimizando as situações; protege o dependente de drogas e procura resolver todos

os seus problemas; assume a culpa de tudo e se adapta as circunstâncias decorrentes da drogadição.

Ao tratar dessas famílias, faz-se necessário à compreensão conjunta de tais papéis e dos ganhos e perdas que o sistema, como um todo, e cada membro obtêm com eles para posteriormente possibilitar um rearranjo e uma flexibilização.

Um outro aspecto importante do impacto da drogadição na família recorre sobre o ciclo vital da mesma, isto é, dependendo do momento em que a dependência química se torna evidente, o impacto sob o sistema pode diferir. Algumas vezes a dependência de drogas pode “congelar” a passagem de uma fase para outra do ciclo vital, por exemplo, quando um filho dependente químico se mantém na posição de adolescente mesmo depois de adulto e os pais mantêm a situação tratando-o como tal. A partir dos estudos de Steinglass, Bennett, Wolin e Reiss (1997) é possível tecer uma compreensão da dependência química em cada fase do ciclo vital.

Quando a dependência de drogas existe em um membro da família de origem de um casal (seja na de um ou na de ambos os cônjuges) na primeira fase do ciclo vital, os mesmos poderão repetir o padrão tal qual o das gerações anteriores, isto é, um dos cônjuges desenvolve também a dependência química e essa nova família passa a se organizar em torno do problema construindo sua identidade a partir de padrões aditivos. Outra possibilidade observada é a mescla de padrões das famílias de origem do casal, construindo assim, um terceiro arranjo com características de ambas famílias de origem. Outros casais preferem “romper” com os padrões das famílias de origem na tentativa de escrever uma história distinta.

Nos casos em que um dos cônjuges do novo casal é dependente químico, é possível se adaptar à drogadição estruturando a família em torno dessa questão, conforme citado anteriormente, ou ainda enfrentar o problema no sentido de tentar resolvê-lo, procurando um tratamento e operando mudanças significativas. Nesses casos, o tratamento costuma obter sucesso, uma vez que a família ainda não se estruturou profundamente em torno da dependência química. É co-

num observar também no funcionamento do novo casal cujas famílias de origem possuem um ou mais membros drogadictos, a dificuldade de estabelecerem limites, isto é, como as fronteiras entre as famílias de origem e a família atual não são muito claras, a invasão na vida do novo casal torna-se constante.

Quando a dependência de drogas se torna mais evidente na fase intermediária do ciclo vital, o tema central é a própria drogadição, reforçada por condutas estereotipadas, previsíveis e repetitivas. Essas famílias minimizam o impacto da dependência química em suas vidas e apresentam extremos de condutas, ou seja, transitam entre a permissividade e a interdição total, com limites e regras rígidas. Esforçam-se para desfocalizar os problemas negando muitas vezes o abuso de drogas do drogadicto. Para manterem o status quo, resistem e são intolerantes às mudanças e ao desconhecido. Por pior que possa estar a situação, pelo menos é conhecida e todos sabem como agir. As rotinas do cotidiano se organizam a partir do estado de intoxicação e abstinência do drogadicto. Os rituais são atingidos diferentemente em cada família. Algumas os “destroem” (não comemoram mais Natal, aniversários ou qualquer evento para evitar problemas com o dependente químico), outras adaptam todos os rituais para o dependente químico participar sem causar problemas (por exemplo, proíbem bebidas alcoólicas durante o ritual), e outras mantêm o ritual e excluem o drogadicto.

Na última fase do ciclo vital é possível observar uma rigidez intensificada para a manutenção do status quo. Algumas famílias se sentem ameaçadas com a presença de novos membros, principalmente se estes chegam com propostas de mudança (por exemplo, um genro que propõe tratamento para o pai alcoolista da esposa). Caso o drogadicto entre em um processo de abstinência, o impacto para o sistema familiar é grande, uma vez que o mesmo se estruturou durante anos em torno do problema. É comum nesses casos haver um boicote de alguns membros da família no tratamento do dependente químico.

Padrões de repetição nas famílias dos drogadictos

Na prática clínica observo que as famílias com um ou mais membros dependentes de drogas apresentam diferentes estruturas. Portanto não se pode afirmar que exista um perfil específico dessas famílias ou taxá-las como “famílias tipicamente adictas”. Porém é possível perceber certos padrões de repetição em algumas, que não necessariamente determinam um perfil específico, mas chamam a atenção e não podem ser negados. Compreender esses padrões nos possibilita levar em consideração a influência e o impacto do funcionamento do sistema familiar na drogadição.

Nem todas as famílias de dependentes químicos podem ser consideradas disfuncionais, mas em muitas ocorre um processo de circularidade em que a disfuncionalidade e o abuso de drogas se reforçam mutuamente, mantendo assim a homeostase familiar.

Rezende (1997) cita a revisão bibliográfica sobre famílias de dependentes de drogas efetuada por Vera e Gómez em 1985, ressaltando alguns traços comuns desse grupo sugerido por E e P. Kaufman em 1979:

O drogadicto é o portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manter a homeostase da mesma; o toxicômano reforça o padrão controlador dos pais, mesmo não sendo, tal prática, adequada às suas necessidades; é comum outros membros da família apresentarem comportamentos aditivos, tais como compulsão a jogo, a comida, ao trabalho, a drogas, e outros; o farmacodependente, com seu comportamento, cria situações que desfocalizam o problema de relacionamento dos pais; eles estabelecem uma aliança com um dos pais em separado; as fronteiras geracionais (conjugal, parental e fraternal) não estão bem definidas e freqüentemente existe competição entre os pais. O narcisismo é um aspecto importante da personalidade dos pais: reconhecem-se no filho, mas não o reconhecem como indivíduo; mostram-se associados a componentes depressivos, paranóides

ou sociopáticos. Esses traços de personalidade dos pais se repetem nos filhos (Rezende, 1997, p. 53).

As famílias estudadas por Rezende (1997) apresentam dificuldade de diferenciação, separação e individuação, vínculos simbióticos, conflitos na comunicação, rigidez nos papéis de marido e esposa – numa tentativa de mascarar a cisão entre relacionamento amoroso e atração sexual –, a figura paterna é fraca e a materna forte, a comunicação entre pais e filhos é feita por meio de objetos materiais, de normas e papéis rígidos.

A literatura destaca certos padrões repetitivos nestas famílias:

- não suportam pensar e a ação substitui o pensamento;
- o contato com a realidade é muito doloroso e, portanto, a reação impulsiva os protege de tal vivência;
- se sentem incapazes de lidar com frustração e buscam intensamente a satisfação;
- tomam decisões e logo as abandonam, não suportam restrições e negações por muito tempo;
- a descoberta do uso de drogas, por parte da família, geralmente demora a acontecer; ela nega e minimiza a situação para não se sentir ameaçada a ter que efetuar mudanças;
- a relação entre pais e filhos geralmente é conflituosa e marcada pela ausência do pai;
- a educação dos filhos é permissiva e a fragilidade paterna não permite ao jovem encontrar uma fonte de identificação sólida para a formação de sua identidade;
- a figura materna é forte e a discriminação mãe-filho é precária, ocorrendo uma fusão e uma indiferenciação; a separação é vista como destrutiva, traição ou abandono, e a depressão da mãe se evidencia;
- a droga age como uma pseudodiferenciação, em que o drogadicto se distancia dos pais mas, ao mesmo tempo, permanece dependente dos mesmos – nesses casos é muito comum observarmos o entusiasmo da família no início da re-

cuperação do drogadicto, porém, em seguida, a mãe entra em um processo depressivo, podendo gerar sentimento de culpa no toxicômano por estar se diferenciando; a terapia nesse momento colabora para que não haja uma reincidência ao uso.

Kalina (Kalina et al, 1999) ressalta os pactos perversos estabelecidos entre os membros das famílias adictas. São perversos porque seus objetivos não são os que se explicitam, mas sim outros, ocultos. Segundo esse autor, os pais se mantêm juntos a qualquer custo. O drogadicto, fazendo uso da droga, desfocaliza os problemas conjugais, mantendo os pais juntos sem de fato estarem. A mãe apresenta-se depressiva e regula sua auto-estima pelo outro, o filho passa a ser “seu antidepressivo”, sua droga, e existe para suprir suas necessidades, o seu vazio. O pai se torna uma figura periférica e faz “vista grossa” ao vínculo simbiótico estabelecido entre mãe e filho. Este filho vive um microabandono, pois seus pais não se encontram disponíveis para atender às suas necessidades, mas é ele quem supre as necessidades parentais. O não dito, os segredos familiares, a mentira, a falta de consistência e de valor das palavras, o duplo vínculo, as manipulações, a falta de limites e a negação caracterizam estas relações. O adicto é o “eleito”, o “bode expiatório” e seu destino é ser um ser para a mãe. Não pode ter identidade própria e deve se sacrificar para manter a homeostase familiar, mesmo que o custo disso seja a própria vida. Diante disso, o tratamento pode ser uma ameaça, não uma solução.

Roig (em Kalina, 1999), discorre sobre a dependência química feminina. Nesses casos, a mãe passa a ser uma figura que se mantém à margem da relação familiar. Pai e filha estabelecem uma relação tipo incestuosa, na qual os limites são ambíguos e os papéis invertidos. Muitas vezes a mãe assume uma figura forte, porém “entrega” a filha ao pai, a fim de não lhe ser exigido cumprir o papel de esposa. Dessa maneira, o pacto perverso se instala nas relações. A droga é o instrumento necessário para aliviar a angústia gerada nesse cenário inter-relacional.

Bergeret (1991) também procura estabelecer alguns padrões que podem se repetir nas famílias de toxicômanos. Concorda com os demais autores ao salientar a extraordinária densidade estabelecida nas relações parentais do dependente de drogas. Chama a atenção para a incidência de episódios psiquiátricos nos pais dos drogadictos.

Em cinqüenta por cento dos casos, os pais apresentam estados depressivos, às vezes com tentativa de suicídio, sintomatologias neuróticas graves, alcoolismo, dependência de outras drogas, superconsumo de psicotrópicos, assim como condutas de automedicação. Os psicotrópicos se inserem precocemente no sistema de comunicação familiar e acabam agindo como reguladores de conflitos. Certos pais apresentam afecções somáticas severas, tais como infarto e câncer, podendo levar a óbitos precoces. Existem notáveis correspondências entre a cronologia das doenças orgânicas dos pais e dos avós e as vicissitudes do percurso do jovem toxicômano (Bergeret et al., 1991, p. 270).

Bergeret cita ainda o conceito dos mitos familiares, elaborado por Ferreira e J. Byng-Hall. Descreve o mito “como um discurso unitário, destinado a cada um dos membros da família, papéis rígidos cuja definição é mutuamente aceita” (1991, p. 271). Os mitos familiares equivalem aos mecanismos de defesa individuais e qualquer questionamento é vivido como uma ameaça para o equilíbrio do sistema familiar. “O mito da boa convivência familiar”: essas famílias estarão tentando provar que seu funcionamento é perfeito e que o problema da drogadição se estabeleceu em decorrências externas (más companhias, por exemplo). Defendem-se da culpa e da responsabilidade diante da situação. “O mito do perdão, da expiação e da salvação”: o toxicômano assume a culpa de toda a família. Essa posição alivia os membros, trás certos benefícios e alicerça todo o sistema. Se o drogadicto entra em recuperação e sai dessa posição, o sistema se rompe.

Um olhar sistêmico no tratamento de famílias com membros drogadictos

Na minha opinião, para tratar dessas famílias faz-se necessário ter claro que a drogadição é um fenômeno multifatorial, portanto existem questões orgânicas, psicológicas, socioculturais e familiares, com seus valores espirituais, crenças e outros aspectos que se interinfluenciam. Portanto o tratamento deve levar em consideração a totalidade do fenômeno, caso contrário pode-se tornar parcial. Considerando a dificuldade de um profissional conseguir abarcar todos estes aspectos sozinho, vale ressaltar a importância do trabalho inter ou transdisciplinar. A rede social é também fundamental no tratamento. O profissional deve conhecer os recursos da comunidade e lançar mão deles informando e encaminhando as famílias atendidas. Outra noção relevante é a de que não existe o tratamento ideal para o dependente de drogas, isto é, existe o melhor tratamento para um determinado caso, em um momento específico. Já ouvi de diversas pessoas que não internam seus pacientes em comunidades terapêuticas ou não concordam com Alcoólicos Anônimos, ou ainda que jamais trabalhariam com redução de danos. Pela minha experiência, alguns casos atingem uma recuperação qualitativamente boa a partir de técnicas de redução de danos, outros atingem o “sucesso” em comunidades terapêuticas, e assim por diante. Compartilho do mesmo pensamento no trabalho com a família. Não são em todos os casos que atendo a família toda desde o início. Algumas vezes começo o tratamento apenas caracterizando uma orientação com os pais; em outros momentos as reuniões multifamiliares são bastante indicadas; em certos casos o trabalho com os sub-sistemas separadamente é mais eficaz. Enfim, ao iniciar um trabalho com o dependente químico e a sua família é imprescindível uma avaliação inicial criteriosa, afim de posteriormente se construir juntamente com o sistema familiar o caminho mais adequado para o momento do caso em questão. Nessa avaliação, procuro trabalhar alguns aspectos que julgo relevantes:

- acolhimento inicial: é comum as famílias chegarem à clínica vivendo um estresse emocional intenso e uma desesperança por causa da situação. Diante disso, é necessário criar um espaço de compreensão e dar um “colo”, resgatando a confiança de que é possível encontrar um caminho mais confortável para todos;
- o pedido de ajuda: identificar quem está pedindo ajuda colabora para definir qual a “porta que está se abrindo para o tratamento”, ou seja, se são os pais que estão solicitando ajuda, e o filho dependente não quer saber do tratamento, o melhor caminho no momento pode ser uma orientação de pais, no início;
- o encaminhamento: saber quem encaminhou o caso é relevante pois ajuda a saber com quem devo trabalhar em conjunto e se o encaminhador tem dados relevantes sobre o caso para passar;
- a história: o levantamento histórico minucioso do caso possibilita obter um panorama geral da situação, dos envolvidos, das inter-relações que vêm se estabelecendo, do contexto e do processo;
- relações envolvidas: esse item faz parte da história, porém detalha mais a configuração do sistema que se organizou em torno do problema;
- motivação: o grau de motivação e para que estão motivados os membros envolvidos é fundamental, pois algumas famílias estão empenhadas não a se tratarem, mas mandarem o dependente de drogas para o tratamento; isso me ajuda a verificar como poderei sensibilizar as pessoas para iniciarem o processo de trabalho;
- orientações básicas: muitas vezes, oferecer informações básicas para a família sobre o fenômeno no qual está inserida, a ajuda a dar um significado para certas situações vividas nas quais todos se sentiam perdidos. Por exemplo, informar sobre o delírio de ciúmes, conseqüente da intoxicação pelo álcool, à esposa – cujo marido ao beber ficava extremamente enciumado, mesmo que ela se esforçasse para não lhe dar motivos – é de fundamental importância para ajudá-la a compreender e, posteriormente, lidar de forma diferente com a situação;

- construção do tratamento: definir as diretrizes e os passos iniciais do tratamento após terminar todas as entrevistas oferece segurança para a família, pois o caminho deixa de ser tão desconhecido e, portanto, ameaçador.

Várias são as técnicas e posturas terapêuticas utilizadas nos tratamentos. O importante é o envolvimento da família e a postura atuante e criativa do terapeuta. Entendo que este deve transitar entre a postura do não saber, isto é, se despir momentaneamente das pré-concepções para desenvolver uma genuína compreensão do contexto e demanda familiar e, posteriormente, assumir uma postura estratégica de *expert* para orientar e alicerçar a família durante, pelo menos, o início do processo terapêutico.

Stanton e Todd (1991), trabalham sob um enfoque que chamam estrutural-estratégico. Aplicam a teoria estrutural de Minuchin como paradigma orientador, trabalhando dentro das sessões técnicas estruturais, como a verificação de limites, a reestruturação e outras. Aplicam o modelo estratégico de Haley enquanto ênfase em um plano específico de trabalho, acontecimentos extra-sessões, mudança de sintomas, colaboração entre o sistema e outras.

Enfocam, inicialmente, a tríade estabelecida entre o adicto e seus pais ou substitutos. À medida que a diferenciação entre o toxicodependente e sua família de origem vai ocorrendo, passa-se para outras etapas de tratamento. Não se utilizam técnicas confrontativas para vincular melhor a família. Procuram desarmar e reduzir as resistências da família, explicitando o mesmo comportamento adicto nas gerações anteriores. Isso minimiza a intensa culpa comumente vivida por essas famílias. As dificuldades enfrentadas pelo sistema não são tratadas de modo pejorativo e as intervenções são diretas e pragmáticas. São estabelecidas metas e prioridades, concretas e de possível alcance à terapia, em conjunto com a família; sendo a abstinência de drogas uma das etapas principais, em um primeiro momento. Cuidam para não desfocar tais metas e procuram evoluir passo a passo com todos. Visam a identificar as seqüências de condutas e suas funções no sistema para, posteriormente, alterá-

las. Esses autores salientam o quanto as famílias se organizam ao redor da crise. Quando se inicia um processo de mudança, surge uma crise e um grande medo diante da situação. Nesse momento, é muito importante a condução adequada da terapia, para que não haja desistência.

Sudbrack enfatiza em seu trabalho o enfoque sistêmico construtivista no tratamento das famílias:

Busca visualizar a cristalização das relações de dependência em seus diferentes níveis, identificando e agindo sobre as estruturas disfuncionais que denomina sistemas aditivos. As perguntas que se colocam para a família são as seguintes: Quem é dependente? De quem? Em que? Como se revelam e como se caracterizam as dependências relacionadas na família? Quem ganha e quem perde com as dependências? Qual o preço para si e para os outros de permanecer na condição de dependência nesta família? (1996, p. 407)

Steinglass, Bennett, Wolin e Reiss (1997) dividem a terapia familiar de pacientes que apresentam um quadro de alcoolismo em quatro etapas importantes:

- 1) Diagnóstico de alcoolismo e sua definição como problema da família. Consiste em identificar se a família se estruturou em torno do alcoolismo, se o alcoolismo é a prioridade do tratamento, se é possível determinar um contrato de tratamento aceitável.
- 2) Eliminar o álcool do sistema familiar. Se for o caso, interna-se o alcoolista.
- 3) Trabalhar o vazio que pode ocorrer com a ausência da droga na família.
- 4) Reorganizar a família. Reestruturar o sistema, os papéis e as relações.

Carter, McGoldrick e colaboradores (1995) sugerem trabalhar as seguintes questões no tratamento de famílias com o problema do alcoolismo:

- avaliar os comportamentos que mantêm o beber;
- verificar se é um beber precoce ou tardio;
- identificar a influência intergeracional do alcoolismo na família;
- considerar em que estágio do ciclo de vida está o indivíduo que bebe e a família, e a que geração este indivíduo pertence na família (pai, avô, filho);
- quanto tempo de alcoolismo existe até a busca de tratamento;
- em que estágio do alcoolismo está o sujeito em questão;
- em que fase de ajustamento em relação ao alcoolismo se encontra a família;
- orientar didaticamente a família com relação ao alcoolismo e tudo que implica essa questão;
- abrir a discussão sobre a questão e orientar sobre os recursos de apoio oferecidos pela comunidade;
- identificar quando o beber passou a ser um problema para a família, entender a dinâmica familiar diante disso e as reações e os papéis assumidos por cada um de seus membros;
- estar atento às necessidades médicas do alcoolista e se necessário efetuar os encaminhamentos adequados.

Dividem todo o tratamento em três fases distintas:

- 1) fase da pré-sobriedade: implica em trabalhar a negação, ajudar o alcoolista a chegar a abstinência e reverter os padrões de super e sub-responsabilidade;
- 2) ajustamento à sobriedade: este é o momento de reverter o foco para os demais da família trabalhando as relações que se estabelecem no sistema;
- 3) manutenção da sobriedade: promove-se uma maior flexibilidade de funcionamento, de papéis, e permite à família a expressão de sentimentos ou comportamentos que antes não podiam ser vistos.

Minha experiência clínica me faz corroborar a idéia de que muitas famílias de dependentes de drogas se beneficiam muito de tratamentos mais diretivos em que se trabalham também questões pragmáticas, didáticas e metas que permitam à família concretizar o processo terapêutico.

Apesar de não ser possível determinar apenas um tipo eficaz de tratamento, faz-se necessária a instrumentalização teórica e prática do terapeuta com relação às questões que envolvem a dependência química, desde o conhecimento dos efeitos das drogas no organismo até as relações familiares. Esses conhecimentos não devem ser utilizados como motivadores de pré-concepções e enquadramento de todos os casos, mas sim como um “corpo” teórico que pode nortear a prática clínica.

As famílias que não passam por um tratamento, podem colaborar para a manutenção de uma estrutura adicta de funcionamento, dificultando a recuperação do dependente de drogas. Hoje são poucos os tratamentos que não compartilham dessa idéia e não procuram envolver e trabalhar todos os membros da família, seja em terapia familiar ou multifamiliar.

Considerações finais

O olhar sistêmico para o fenômeno da drogadição possibilitou perceber que não há vilões ou vítimas nessas histórias de família, mas sim uma influência conjunta ao longo de todo o processo e, portanto, uma co-responsabilidade no tratamento.

Nós terapeutas não devemos querer definir e enquadrar as famílias em perfis específicos, visto que há uma infinidade de organizações familiares na dependência química, porém, vale conhecer, e não negar, a existência de certos padrões de repetição importantes.

Ter a flexibilidade de trabalhar em equipe e em rede social, bem como, ser humilde o bastante para aceitar que não somos os “salvadores da pátria”, apesar de algumas famílias tentarem nos colocar nessa posição, facilita muito o trabalho.

Outro aspecto relevante desse fenômeno é perceber que muitas vezes o impacto da drogadição nas famílias é tão intenso quanto o impacto da recuperação. Em minha prática clínica já presenciei ca-

tos em que após a internação do drogadicto, tão esperada pela família, observei que o familiar passou a sofrer com a ausência do drogadicto tanto quanto o toxicômano sofria com a ausência da droga durante o processo de desintoxicação. Era como se a família entrasse em síndrome de abstinência do drogadicto. Ambos estavam se desintoxicando, só que um estava na clínica e o outro (no caso a família) ficava em casa.

Porém minha experiência mostra que quando a família entra em tratamento, passa de uma condição de sistema de boicote, para uma mudança significativa, assumindo uma postura de colaboração e apoio muito importante na recuperação do drogadicto.

Bibliografia

- ANDRADE, A. G.; NICASTRI, S.; TONGUE, E. et al. *Drogas: atualizações em prevenção e tratamento. Curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa. S.l. São Paulo, Lemos, 1992.*
- ARICÓ, C. R. & BETTARELLO, S. V. "Drogas: perigos e preconceitos". *Rev. Lucy de Fátima Guello dos Santos. São Paulo, Ícone, 1988.*
- BERG, I. K.; MILLER, S. D. *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia.* Trad. Ofelia Castillo (Col. Terapia familiar). Barcelona, Gedisa, 1996.
- BERGERET, J.; LEBLANC, J. et al. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar.* Trad. Maria Teresa Baptista. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- CARTER, B.; MGOLDRICK, M. et al. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.* Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, 2ª ed. ver.
- CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. et al. *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa.* São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.
- COSTA LEITE, M.; ANDRADE, A. G. et al. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento.* Porto Alegre, Artmed, 1999.

EDWARDS, G. *O tratamento do alcoolismo*. Trad. José Manuel Bertolote. São Paulo, Martins Fontes, 1987.

—————; DARE, C. et al. *Psicoterapia e tratamento de adições*. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

—————; MALCOLM L. et al. *A natureza da dependência de drogas*. Trad. Rose Eliane Starosta. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

GITLOW, S. E., PEYSER, H. S. et al.. *Alcoolismo: um guia prático de tratamento*. Trad. Beatriz Costa Pinto Zonari. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

HEMFELT, R.; MINIRTH, F.; MEIER, P. *O amor é uma escolha: recuperação para relacionamentos co-dependentes*. Trad. Claudia Hoelck Laplan. Rio de Janeiro, Grandalfo Editores, 1989.

KALINA, E. et al. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre, Artmed, 1999.

LARANJEIRA, R. “Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo”. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 45, s.l. (4), 191-199, abril, 1996.

—————; JUNGERMAN, F.; DUNN, J. *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo, Contexto, 1998.

OLIEVENSTEIN, C. et al. *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

PATRÍCIO, L. D. B. et al. *Face à droga: como (re)agir?* (Col. Projecto Vida) Lisboa, SPTT (Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicomania), 1997.

PAULA RAMOS, S.; BERTOLOTE, J. M. et al. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990, 2ª ed. rev. e ampl.

REZENDE, M. M. (1997). *Curto-circuito familiar e drogas: análise de relações familiares e suas implicações na farmacodependência*. Taubaté, Cabral Editora Universitária, 2ª ed. rev.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. et al. *Dependência de drogas*. São Paulo, Ed. Atheneu, 2001.

SILVA, E. A. “Abordagens Familiares”. *Jornal brasileiro de dependências químicas*, 2 (1) 21-24. São Paulo, ABAD, junho, 2001.

STANTON, M. D., TODD, T. et al. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. (Col. Terapia familiar) Buenos Aires, Gedisa, 1991.

STEINGLASS, T. et al. *La familia alcohólica*. Trad. Floreal Mazía. Barcelona: Gedisa, 1997, 3ª ed. rev.

SUDBRACK, M. F. O. “Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda”. In: MACEDO, R. M. S. *Familia e comunidade*. Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. v. 1. São Paulo, dez., 1996.

VAILLANT, G. E. *A história natural do alcoolismo revisitada*. Trad. Bartira S. C. da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

VASCONCELLOS, M. J. E. *Terapia familiar sistêmica: bases cibernéticas*. Campinas, Editorial Psy, 1995.

WIEVIORKA, S. “Les toxicomanes: entreprise de risque et réduction des risques”. *Psychotropes: revue internationale des toxicomanies*, 2 97-103, Paris, juin, 1996.