

2

A família e a Dependência de Drogas

2.1.

Dependência de drogas: conceituação

Neste primeiro capítulo, discorreremos sobre o conceito de dependência de drogas; enquanto síndrome que acomete o indivíduo e também enquanto parte de um contexto social mais amplo, onde abordamos principalmente a dimensão familiar deste fenômeno. Iniciamos descrevendo as características da dependência de drogas e discutindo sua etiologia, e em seguida exploramos a sintomatologia familiar que envolve esta problemática.

O homem vem-se utilizando, desde sua origem, de substâncias psicoativas para alterar sua percepção e estado de consciência. Como lembra Macrae (2000), desde a pre-história os membros de diferentes culturas têm sabido utilizar plantas e algumas substâncias de origem animal para provocar alterações de consciência com os mais variados fins. Entretanto, um problema tão antigo tem assumido importância cada vez maior na sociedade contemporânea ocidental, existindo hoje uma banalização do uso de drogas lícitas e ilícitas em todas as camadas sociais e faixas de idade (Acsehrad,1993). O abuso de substâncias ocorre em ambos os sexos e em todos os grupos raciais, socioeconômicos, étnicos e geográficos.

O termo dependência de drogas refere-se à dependência de substâncias psicoativas, que são aquelas que atuam alterando o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), modificando o estado de consciência do usuário. Estas drogas dividem-se em três grupos (Seibel & Toscano Júnior, 2000; Cebrid¹, 2005; Programa Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein - PAD, 2005):

- Depressoras da atividade do SNC: diminuem a atividade do cérebro, causando sonolência, relaxamento e desatenção. Álcool; soníferos ou hipnóticos; ansiolíticos; opiáceos; inalantes ou solventes incluem-se nesta categoria;

¹ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

- Estimulantes da atividade do SNC: aumentam a atividade do cérebro, causando aumento da vigília e da atenção, aceleração do pensamento, euforia e perda do sono. Os anorexígenos e a cocaína são alguns representantes desta categoria;
- Perturbadores da atividade do SNC: modificam qualitativamente a atividade do cérebro, podendo ocasionar alucinações ou ilusões. Maconha; LSD; ecstasy; mescalina; psilocibina (de certos cogumelos) e lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca) são drogas perturbadoras.

Entretanto, cabe ressaltar que o uso experimental e até mesmo social de drogas, embora comporte riscos, nem sempre leva à dependência. Estatísticas mundiais apontam em torno de 10% de dependentes de drogas na população geral. Entre os dois extremos da experimentação e da dependência há a fase do uso social ou recreativo e do uso nocivo ou abusivo da substância.

Na fase do uso social ou recreativo, a droga pode ser utilizada com alguma regularidade, mas não interfere na vida do indivíduo. As áreas de estudo ou trabalho e os relacionamentos familiares, amorosos e sociais não são afetados pela maneira como o álcool ou outra droga é utilizada.

Na fase nociva, o uso da droga já altera a rotina, o estilo de vida do sujeito, podendo afetar o trabalho, a saúde e os relacionamentos pessoais. O uso nocivo é aquele que está trazendo dano físico e/ou psíquico ao indivíduo. O uso nocivo pode, em alguns casos, ser circunstancial, cessando após um tempo, sem intervenção especializada. Toda dependência é um uso nocivo, mas nem todo uso nocivo caracteriza uma dependência. Um exemplo é o sujeito que abusa do álcool após um evento traumático. O abuso de drogas pode ser também definido como um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias psicoativas (Seibel & Toscano Júnior, 2000).

O indivíduo se torna dependente ao longo de um processo, em que gradualmente vai modificando sua forma de consumo da droga. Progressivamente passa-se do uso experimental da substância à dependência em um processo que pode ser muito lento ou rápido.

Masur (1988), abordando o alcoolismo, compara a dificuldade para se diferenciar um sujeito que abusa da bebida de um alcoolista à observação da gradação que vai do rosa ao vermelho. Quando, exatamente em que ponto é que o

rosa se transforma em vermelho? A autora considera um critério abrangente para a definição do alcoolismo a existência da perda da liberdade sobre o ato de beber. O alcoolista vai beber independentemente das eventuais complicações para si e para os outros - lembramos que o mesmo processo ocorre com as drogas ilícitas. O álcool passa a ser cada vez mais importante, em detrimento de todas as outras coisas da vida.

Diante da enorme variedade de definições sobre a dependência de álcool, nicotina e outras drogas, há um conceito unânime: dependência é uma relação alterada entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância. Essa relação alterada é capaz de trazer problemas para o usuário. Muitos indivíduos, porém, não apresentam problemas relacionados ao seu consumo. Outros apresentam problemas, mas não podem ser considerados dependentes. Por último, mesmo entre os dependentes, há diferentes níveis de gravidade. O conceito atual dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeitou a idéia da existência apenas do dependente e do não-dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo de uma linha contínua (PAD)².

Segundo a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua décima revisão (CID-10, 1992), um diagnóstico de dependência deve ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- Desejo ou senso da compulsão para consumir a droga;
- Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância (início, término, níveis de consumo);
- Estado de abstinência fisiológico (sintomas de mal-estar físico e/ou psicológico após cessação do consumo da droga como: náuseas e tremor das mãos no caso do álcool; irritabilidade, humor deprimido, alteração do sono, ansiedade; sendo que os sintomas variam dependendo da droga);

² Programa Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein (site Álcool e Drogas sem Distorção).

- Evidência de tolerância (aumento da quantidade da droga para se obter o mesmo efeito de antes);
- Abandono progressivo de interesses ou prazeres anteriores em favor do consumo da substância;
- Persistência do consumo, a despeito da evidência clara (consciência do indivíduo) de consequências manifestamente nocivas.

O estreitamento do repertório pessoal de padrões de uso de substância psicoativa também tem sido descrito como um aspecto característico da dependência. Por exemplo: uma tendência a tomar bebidas alcoólicas da mesma forma em dias úteis e fins de semana, a despeito de restrições sociais que determinam o comportamento adequado de beber.

Outra definição para a síndrome de dependência (CID-10, 1992), é:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham mais valor. (p.74)

Como assinalam os pesquisadores do PAD, utiliza-se o termo síndrome de dependência, pois é possível observar sinais e sintomas característicos nos indivíduos dependentes, mas não é possível a identificação de uma causa exata geradora do problema, como acontece com as doenças. O termo doença, entretanto, é bastante utilizado nos centros de tratamento de dependência de drogas, como um contraponto à idéia leiga e de caráter pejorativo de que o problema decorre da falta de força de vontade ou caráter do dependente.

Utilizamos neste trabalho, com o mesmo significado de dependência de drogas, o termo adicção ou drogadicção; sendo chamado de adicto ou drogadicto o dependente. Sudbrack (2000) considera adicção um conceito sistêmico por sua etimologia. Adicção vem do latim *addictus* e se refere a um estado de escravidão, gerado por uma dívida, ficando o sujeito numa condição de dependência e sem vontade própria. Dessa maneira, o conceito adicção não remete a um comportamento meramente individual, já que a dívida pressupõe uma relação. Toxicomania, como esclarecem Seibel & Toscano Júnior (2000), é a terminologia

francesa para dependência de drogas e também é um termo usado neste estudo, dependendo do autor citado.

A dependência de drogas é considerada uma síndrome complexa, multifacetada, de natureza bio-psico-social, sendo influenciada por estes três vetores.

O entendimento biológico da dependência fundamenta-se principalmente a partir da influência das características biológicas inatas. A predisposição genética à dependência de drogas é um ponto bastante ressaltado por esta vertente. Formigoni e Monteiro (1997) salientam que os fatores genéticos - como a hereditariedade e uma melhor capacidade para metabolizar o álcool - podem contribuir para uma maior ou menor probabilidade do uso do álcool, mas não para o alcoolismo propriamente dito. Alguns indivíduos herdariam uma maior capacidade de resistência aos efeitos da substância, estando assim mais propensos a um uso em maior quantidade com menos efeitos colaterais.

Outro fator biológico importante relacionado ao desenvolvimento da dependência de drogas é o Sistema de Recompensa do Sistema Nervoso Central. Dentro do sistema límbico (área relacionada ao comportamento emocional) pode-se identificar uma área que está relacionada com a sensação de prazer, que inclui o prazer sexual e aquele gerado pelo uso de drogas. Esta área é denominada circuito de recompensa cerebral. Estímulos em animais demonstram que estímulos elétricos, nestas regiões específicas do sistema límbico, provocam sensações de prazer e levam a repetidas tentativas de estimulação, fazendo com que animais negligenciem todas as outras atividades (sexo, comida, etc). Todas as drogas de abuso, direta ou indiretamente, atuam no circuito de recompensa cerebral, podendo levar o usuário a buscar repetidamente essa sensação de prazer.

O entendimento psicológico da dependência de drogas fundamenta-se principalmente a partir de duas teorias: a teoria da personalidade e a teoria da aprendizagem (Masur, 1988). A primeira teria como pressuposto que os dependentes difeririam do restante da população por traços característicos de personalidade. Vaillant (1995), em estudo prospectivo, acompanhou 559 indivíduos por mais de 50 anos. Nenhuma característica psicológica foi preditiva do uso abusivo de álcool desenvolvido por parte desse grupo.

Como salientam Formigoni e Monteiro (1997), as características psicológicas comuns observadas entre dependentes de álcool seriam resultantes do

uso do álcool e não a sua causa, de acordo com este estudo. Entretanto, as autoras destacam que alguns fatores de personalidade como descontrole, impulsividade e busca de sensações também têm sido bastante estudados como comuns entre os dependentes.

Ainda dentro do vetor psicológico da dependência química, podemos citar o estudo de Sussman, Dent & Galaif (1997), que evidenciaram como fatores de risco para o uso de drogas na adolescência: ter inabilidade para lidar com a raiva; precoce e persistente problema de conduta; fracasso escolar; comprometimento ocupacional; inabilidade de esperar gratificação; depressão; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e personalidade anti-social, entre os fatores psicocomportamentais da pesquisa.

Hawkins, Catalano & Miller (1992), ao resumirem fatores de risco para o uso de drogas também apontam, dentre as características psicológicas, precoce problema de conduta e de comportamento agressivo em meninos; hiperatividade na infância e adolescência, além de alienação e rebeldia.

Torna-se impossível caracterizar uma personalidade do dependente dada a grande variedade de fatores que favorecem o aparecimento da dependência (Silveira Filho, 1995). Bergeret (1991) corrobora tal idéia salientando que nada de específico caracteriza a toxicomania sob a perspectiva estrutural.

A segunda teoria que procura explicar a etiologia do alcoolismo dentro de uma concepção psicológica enfatiza o aspecto da aprendizagem. Os alcoolistas teriam aprendido a lidar com os problemas existenciais através dos efeitos do álcool como reforço positivo (Masur, 1988). As abordagens do tipo cognitivo-comportamental encaram a dependência como um comportamento inadequado que foi adquirido (Formigoni, Monteiro 1997).

Por fim, há a influência dos fatores sociais na gênese da dependência química. A forma como a sociedade e cada cultura estimulam ou não o consumo de drogas vai exercer influência na forma de uso e na droga utilizada. O fator social inclui ainda a família do dependente químico, aspecto sobre o qual nos deteremos neste trabalho. Os pesquisadores do PAD assim resumem os fatores sociais: baixa escolaridade; exclusão social; família desestruturada; ambientes permissivos e estímulo ao consumo.

Stanton (1980) destaca a questão da emigração como possivelmente desempenhando um papel importante no desenvolvimento da adicção. A

disparidade cultural entre a criança e os seus pais e o processo de aculturação são fatores estressantes para os imigrantes.

Micheli & Formigoni (2004), em estudo com adolescentes brasileiros, apontam o fato de ter amigos que usam ou toleram o uso de drogas como um forte indicador para o consumo de drogas. Schenker & Minayo (2005), através de ampla revisão de pesquisas entre 1995 e 2003, também destacaram a pressão dos pares como uma influência para o uso de drogas.

Hawkins, Catalano & Miller (1992), em revisão de estudos sobre fatores de risco e de proteção em relação ao uso de drogas ressaltaram: leis e normas favoráveis ao uso; disponibilidade de drogas; extrema privação econômica; desorganização da comunidade; história familiar de alcoolismo e uso por parte dos pais de drogas ilícitas; práticas pobres de manejo familiar; conflitos familiares; fraco vínculo familiar; fracasso ou pouca adesão escolar; precoce rejeição entre os pares; influência social ao uso.

Como salienta Masur (1988), não existe uma explicação universal para o alcoolismo³ – seja ela biológica, psicológica ou social. Na etiologia desta complexa condição estão diferentes fatores de vulnerabilidade. Todos os que bebem, por exemplo, têm potencialmente possibilidade de se tornarem alcoolistas. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade.

A dependência de drogas tem natureza complexa e tridimensional, constituindo-se a partir de três elementos: a droga, o indivíduo e o contexto socio-cultural onde se realiza este encontro (Silveira Filho, 1995).

2.2. A família

Nesta segunda parte do primeiro capítulo abordamos a família, uma vez que a dependência de drogas - assim como outros sintomas graves - não pode ser vista como um problema isolado, devendo ser compreendida dentro da constelação familiar. Muitos estudos têm apontado o papel da família como fator de risco ou de proteção no desenvolvimento da adicção. Pretendemos aqui lançar luz sobre o sistema adictivo a partir do referencial teórico da terapia familiar

³ Consideramos que o mesmo pode ser dito em relação à dependência de outras substâncias.

sistêmica. Esta linha teórica enfatiza a relação entre as variáveis de um problema, acreditando que cada parte de um sistema como a família tem participação na formação e manutenção de um sintoma. Apresentamos alguns conceitos da terapia familiar sistêmica que são importantes para a discussão dos dados da pesquisa de campo; sem, entretanto, termos a intenção de fazer um estudo panorâmico de um tema tão vasto como a terapia de família.

2.2.1. Terapia familiar sistêmica

Stierlin (1981) descreve a família como sendo o sistema central para o homem, uma vez que as principais identificações, os mais importantes valores e objetivos do sujeito e sua adaptação social remetem ao que se sucedeu e se sucede na família. A família atua como mediadora da cultura, como lembra Kalina (1990), sendo um microsistema social dentro de um macrosistema, a sociedade.

O paradigma utilizado neste trabalho para o entendimento da dinâmica familiar adictiva é o da terapia familiar sistêmica. Esboçaremos abaixo alguns conceitos dessa teoria que serão aplicados nesta pesquisa.

A terapia familiar sistêmica teve como eixo, em sua origem, os pressupostos da teoria geral dos sistemas. Desenvolvida por Bertalanffy em 1947, a teoria geral dos sistemas define um sistema como um complexo de elementos em interação, sendo que estes elementos são subsistemas que não podem ser decompostos (Miermont, 1987). À luz dessa teoria, a família foi entendida como um sistema com regras específicas de funcionamento e organização que regem as relações entre os seus membros. Bertalanffy, que era biólogo, não teve contato direto com os pioneiros da terapia familiar, entretanto previu muitos conceitos e questões que moldaram e ainda estão moldando a terapia familiar (Nichols & Schwartz, 1998). Bertalanffy foi pioneiro da idéia de que um sistema é mais que a soma de suas partes. Ele transmitiu a idéia da importância de se concentrar no padrão dos relacionamentos dentro de um sistema, e não nas suas partes.

O terapeuta de família sistêmico não busca compreender o sintoma a partir de uma causalidade linear newtoniana do tipo causa-efeito. No modelo de causalidade linear, a etiologia é concebida em termos de eventos anteriores que causaram sintomas no presente. A análise do pensamento sistêmico é a partir da

causalidade circular, ao invés da linear. O problema é visto como parte dos movimentos retroalimentadores contínuos, que incluem os relacionamentos e as comunicações familiares. Os acontecimentos são relacionados por meio de uma série de elos interativos. Papp (1992) refere-se a uma organização circular no pensamento sistêmico, onde o sistema geral mantém sua forma na medida em que o padrão de ligação entre as partes se modifica. As partes mudam para manter o sistema balanceado. Papp dá como exemplo um equilibrista que transfere o seu peso para manter o equilíbrio.

A concepção da família como um sistema (aberto, vivo e dinâmico) pressupõe um jogo de partes interdependentes onde cada membro afeta e é afetado pelos outros (Coleman, 1980). Nichols & Schwartz (1998) ressaltam como uma das maiores contribuições da terapia familiar para o campo da saúde mental a ênfase dada na importância de se entender o comportamento das pessoas no seu contexto. Antes desse reconhecimento, os sintomas dos pacientes eram examinados isoladamente, separados de sua rede de relacionamentos familiares.

Um conceito fundamental na terapia familiar sistêmica é o de homeostase, que é a tendência de um sistema para se auto-regular de modo a manter um ambiente interno constante em resposta às mudanças do ambiente externo. A homeostase foi introduzida na terapia familiar por Don Jackson (1957), como uma maneira de explicar a tendência das famílias a resistir à mudança. O sistema familiar tende a buscar manter o equilíbrio homeostático para se preservar frente às alterações externas, encaradas como ameaça à estabilidade do grupo.

A homeostase pode servir a um propósito funcional ou disfuncional (Coleman, 1980). Quando o equilíbrio familiar é rompido por uma situação nova o sistema faz ajustes e modificações, não necessariamente negativos. Quando surge um comportamento patológico é porque a mudança é ameaçadora para o sistema.

As circunstâncias familiares mudam ao longo do tempo e a família precisa ser também capaz de mudar. Segundo Minuchin (1979), o stress é inerente às famílias, todas estão sujeitas às crises quando um membro entra em uma nova etapa do seu desenvolvimento. De um modo geral, as famílias respondem à crise ordenando, rearrumando os seus recursos. Minuchin ressaltava que a patologia pode surgir quando a família responde à crise aumentando a rigidez dos seus padrões relacionais preferenciais, resistindo à exploração de outras alternativas. Quando

isto acontece, o raio de possibilidades se reduz e os membros da família desenvolvem respostas estereotipadas ao contexto extrafamiliar.

Qual é o processo que facilita a adaptação de uma família às mudanças externas? O que leva outras famílias a resistirem ao novo contribuindo para o surgimento de uma patologia? Não há uma única, nem exata, resposta a esta questão. Alguns teóricos, entretanto, elucidam aspectos do desenvolvimento e funcionamento das famílias que contribuem para o seu entendimento.

Minuchin (1979) sublinha que a família é a matriz do sentimento de cada membro de pertencer ao grupo e de ser, ao mesmo tempo, diferente deste. A experiência de liberdade, de autonomia, é essencial para o indivíduo, tanto quanto o saber-se pertencente a um grupo de referência. Dependência e autonomia são características complementares – não excludentes - da condição humana. Para Minuchin a família deve propiciar tanto a autonomia dos seus membros quanto a sensação de pertencimento ao grupo.

Bowen (1978) postula que não há descontinuidade entre o desenvolvimento familiar normal e anormal. Dentro de um mesmo *continuum*, ele utiliza o conceito chave de sua teoria, "diferenciação do self", para diagnosticar a família. As pessoas menos diferenciadas são aquelas extremamente fusionadas, com a família e com outros significativos. São pessoas dependentes dos sentimentos que os outros experimentam com respeito a elas. Não são capazes de separar o sentimento do pensamento. No outro extremo deste mesmo *continuum* estão as pessoas com alto grau de diferenciação, ou seja, maior autonomia. Bowen define estas pessoas como sendo seguras de suas opiniões e convicções, mas nunca dogmáticas nem rígidas em seu modo de pensar. Assumem total responsabilidade por si mesmas e por suas ações frente à família e à sociedade.

A teoria boweniana se concentrou em duas forças de vida que se contrabalançam: aquelas que ligam as personalidades na união familiar e aquelas que lutam pela individualidade (Nichols & Schwartz, 1998). Entretanto, diferenciação não é separação. Segundo Bowen, famílias muito fusionadas podem gerar rompimentos. Mas o afastamento de um membro não o torna mais individualizado, pois não é possível um desligamento emocional completo da bagagem familiar. O processo de individualização é relacional e não uma fuga da família. Outro ponto importante dessa teoria é que a imaturidade e a ausência de diferenciação são transmitidos de uma geração para outra.

Bowen formulou um conceito fundamental para a compreensão das interações familiares, o de "triangulação" (Bowen & Kerr, 1988). Uma família pode ser concebida como uma complexa rede de triângulos, alguns rígidos, outros flexíveis (Miermont, 1987). Exemplo: pai, mãe e filho ou dois irmãos e a avó, e assim por diante. A ansiedade no sistema familiar gera a triangulação, fazendo com que um terceiro seja convocado para reduzir a tensão na relação de uma dupla. Isso ocorre freqüentemente, por exemplo, quando entre um casal que está brigando a mulher acaba envolvendo o filho como aliado, contra o marido, gerando assim uma coalizão.

Os triângulos podem ter uma estrutura patogênica ou não. Quanto menor for o grau de diferenciação na família, maior será a necessidade de triangular para preservar a estabilidade emocional. O triângulo será mais funcional na medida em que for mais flexível e mais disfuncional quanto mais rígido. Em um triângulo rígido as pessoas desempenham sempre os mesmos papéis. Um exemplo é quando a criança funciona como apêndice emocional dos pais.

Haley (1978) formulou o conceito de "triângulo perverso" para descrever um disfuncionamento específico onde a hierarquia e a repartição de poder estão confusas em uma família. O triângulo perverso é caracterizado por alianças entre pessoas de gerações diferentes contra um terceiro. Um exemplo é quando a mãe e o filho são aliados contra o pai.

Haley (1976) postula como fundamental a questão da organização da família segundo uma hierarquia:

Quando uma pessoa apresenta sintomas, é porque a organização hierárquica está confusa. E esta confusão pode decorrer de uma ambigüidade que não permita à pessoa saber quem é seu igual ou quem é seu superior. Pode ainda ocorrer uma confusão, desde que um membro num nível de hierarquia, consistentemente, forma uma coalizão contra um seu igual num outro nível, desta forma violando as regras básicas desta organização. (p.102)

A questão da hierarquia está vinculada ao conceito de fronteiras de Minuchin (1980). As fronteiras são as regras que definem quem participa e como em um subsistema familiar. Os subsistemas diferenciam as funções do sistema familiar e podem ser formados por geração, sexo, interesse ou função. Alguns subsistemas importantes são: conjugal, parental e fraternal. Um mesmo indivíduo pertence a diferentes subsistemas, nos quais tem diferentes níveis de poder e onde

aprende habilidades diferenciadas. Um homem pode ser filho, pai, sobrinho, marido e assim por diante.

Segundo Minuchin (1980), a função das fronteiras é de proteger a diferenciação do sistema, já que cada subsistema tem funções específicas. Para o funcionamento apropriado da família, Minuchin enfatiza que as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas, para que cada membro desempenhe sua função.

Ao longo de um *continuum*, há nos extremos as famílias com fronteiras rígidas e difusas. Minuchin chama as famílias com fronteiras difusas de emaranhadas. São famílias que giram em torno de si mesmas, muito protetoras, onde os membros estão muito próximos e preocupados uns com os outros. As famílias com fronteiras rígidas são chamadas de desligadas e têm características opostas às emaranhadas. Nestas a comunicação através dos subsistemas se torna difícil e as funções protetoras da família ficam prejudicadas.

A maioria das famílias tem subsistemas emaranhados e desligados. Os extremos é que podem indicar áreas de possível patologia. Um subsistema emaranhado de mãe e filhos, por exemplo, pode excluir o pai, que se torna extremamente desligado.

Para Minuchin, os membros dos sistemas emaranhados têm um sentimento incrementado de pertencimento que pode requerer a renúncia da autonomia; ao passo que os integrantes dos sistemas desligados podem funcionar autonomamente, mas têm um sentido distorcido de independência, carecendo de um sentido de lealdade e tendo dificuldades para pedir apoio quando necessário.

Sendo assim, a organização hierárquica de uma família, que Haley (1976) salienta como fundamental, depende de como são as fronteiras dos subsistemas, de acordo com a definição de Minuchin (1980). Em uma família com fronteiras difusas, por exemplo, pode não haver hierarquia entre pais e filhos, que se relacionam como iguais. Ao contrário, em uma família com fronteiras rígidas, a hierarquia pode se estabelecer por vias autoritárias, comprometendo também a autoridade, que tenderá a ser contestada. Logo, a fronteira nítida entre os subsistemas familiares contribui para a organização hierárquica da família.

Como foi visto a partir da perspectiva de diversos autores, cada família se estrutura de uma determinada maneira, baseada em padrões de relacionamento específicos, tendendo a buscar a estabilidade, o equilíbrio, favorecendo o sentido de continuidade entre os seus membros. Entretanto, o sintoma surge em um dado

momento da história da família e não em outra época ou desde sempre. Carter & McGoldrick (1989) esclarecem, que embora o processo familiar não seja, de modo algum, linear, ele existe na dimensão linear do tempo. As autoras conceituam a família como um sistema movendo-se através do tempo.

Os sintomas e disfunções, segundo Carter & McGoldrick, costumam ocorrer nos pontos de transição do ciclo de vida da família. Os estágios do ciclo de vida familiar podem ser previsíveis como por exemplo: casamento, nascimento e crescimento dos filhos e saída dos mesmos de casa; ou imprevisíveis como: divórcio, morte acidental, desemprego, etc. Cada etapa do ciclo vital representa um desafio para a família, que precisa se adaptar à nova fase. "... o processo subjacente central a ser negociado é a expansão, a contração e o realinhamento do sistema de relacionamentos, para suportar a entrada, a saída e o desenvolvimento dos membros da família de maneira funcional." (p.15)

Schenker & Minayo (2005) descrevem fatores estressantes de vida como: morte, doenças ou acidentes entre membros da família e amigos; mudanças de escola ou residência; separação, divórcio ou novos casamentos dos pais; problemas financeiros na família, como podendo influenciar o uso abusivo de drogas quando associados a outros fatores predisponentes, segundo diversos estudos.

Groisman, Lobo e Cavour (1996) referem-se a um "tempo congelado" para explicar a dificuldade das famílias de lidarem com as mudanças exigidas pelas etapas do ciclo vital.

Esses momentos do ciclo vital são pontos de clivagem que, de acordo com o grau de flexibilidade do sistema familiar, podem vir a constituir pontos de estagnação, como se a família necessitasse manter aquele tempo congelado, como um passado que não pode ser superado e que se impõe no presente determinando o futuro e impedindo a evolução do ciclo vital familiar. (p.49)

O "tempo congelado" aparece no sintoma como uma tentativa da família de não rever situações e fazer as atualizações relacionadas a uma determinada etapa do ciclo vital familiar. Um exemplo, bastante comum, é quando o sintoma surge em um filho na etapa do ciclo vital em que os pais estariam se preparando para a saída dos filhos de casa. É uma fase onde há o desafio da renegociação do sistema conjugal como díade (Carter & McGoldrick, 1989). O sintoma, neste exemplo, faria os pais continuarem exercendo predominantemente o papel

parental, ao terem que cuidar do filho doente. O desafio de focar novamente o casamento, a partir da saída dos filhos, seria assim adiado.

Dentro da perspectiva sistêmica, o membro da família que desenvolve um problema - como o abuso de substâncias - representa uma dificuldade que é de todo o sistema. Um conceito muito utilizado para definir o doente em relação à família é o de bode expiatório. O bode expiatório é o membro da família responsabilizado, culpabilizado por todo o mau funcionamento do conjunto do sistema familiar (Miermont, 1987). Para Gomes (1987), o bode expiatório é o sintoma da enfermidade do grupo, aquele que sofre para redimir a todos.

Em uma família pouco diferenciada, onde não é estimulada a individualização, cada etapa do ciclo vital sinalizando para uma mudança, envolvendo separação entre os membros, será encarada como ameaça. A adolescência, por exemplo, é uma fase do ciclo vital onde há o gradual afastamento da família, a partir do questionamento da mesma, necessário para o desenvolvimento da autonomia. Enquanto bode expiatório, o adolescente pode ser visto como o desviante da família, o único problema; entretanto, seu comportamento pode apontar uma dificuldade de todos, inclusive dele, em lidar com as separações necessárias para a evolução do ciclo vital familiar. Como diz Haley (1973), o sintoma é um sinal de que a família está presa em um ponto do seu ciclo vital.

A terapia familiar sistêmica fornece um arsenal teórico para que o sintoma - no caso do presente trabalho, a adicção - seja visto no contexto relacional da família e não como um problema meramente individual. O pensamento sistêmico, por acreditar que todos os elementos de um sistema interagem dinamicamente, inclui como variáveis importantes para o entendimento de um problema como o abuso de drogas: a família; o momento histórico, social; as influências culturais; entre outros fatores que atravessam e compõem um tema complexo como este em questão. Podemos comparar o paradigma sistêmico na terapia de família a uma lente de aumento que busca ver, no entrecruzamento de linhas do novelo familiar: onde, quando, como, com quem e para quê emerge o sintoma.

2.2.2.

O sistema familiar adictivo

Embora não se possa afirmar que a disfunção familiar gere a dependência química, clínicos e estudiosos do assunto observam características comuns nestas famílias. Kalina & Korin (1983) relatam ser possível falar de uma estrutura familiar pré-adictiva. Eles afirmam não terem encontrado em sua experiência clínica adições que não tivessem na família ou no meio social sua fonte de inspiração. Os autores fazem referência a dois tipos de famílias: as simbióticas e as cismáticas. Nas famílias simbióticas a aderência extrema caracteriza o vínculo dos integrantes, que estão agrupados uns na vida dos outros, fazendo parte de uma massa indiferenciada. As famílias cismáticas são a antítese das simbióticas. Seus membros estão separados e nenhum deles pode se relacionar bem com o grupo todo.

Embora especialistas e estudiosos do campo em questão observem características similares nas famílias adictivas que podem favorecer o surgimento da dependência de drogas, não se pode apontar a família disfuncional como causa do problema, o que seria recair em uma visão reducionista e linear. Como salienta Fleming (1995), apesar de alguns autores afirmarem que não se pode ainda falar de interações familiares específicas nestes casos, é possível identificar alguns padrões, algumas tendências mais comuns a estas famílias e descrevê-los.

Alguns autores e clínicos defendem o ponto de vista de que a família adictiva não é disfuncional, mas torna-se “doente” devido à problemática da dependência de drogas. Segundo essa perspectiva, a convivência com o adicto faz que a família modifique o seu funcionamento para se adaptar a esta realidade estressante. Desta forma, a mãe, por exemplo, desenvolveria uma relação mais simbiótica com o filho como reação ao afastamento dele devido ao uso de drogas.

Os grupos anônimos de tratamento para o familiar baseados no método dos 12 passos – Nar-Anon e Al-Anon – enfatizam muito o adoecimento da família devido à dependência de drogas.

Ramos e Pires (1997), ao falarem das indicações de tratamento para a família alcoólica, assinalam a possibilidade de existência da família sadia com um alcoolista em seu meio.

Vaillant (1995) concluiu, a partir de seu estudo prospectivo, que a família pré-mórbida, com problemas múltiplos, e a instabilidade da personalidade não contribuíram mais, estatisticamente, para o risco de alcoolismo. Entretanto, um dado importante desse estudo foi que o futuro alcoolista foi percebido como relativamente distante do pai. Mães afetuosas, por sua vez, não impediram o abuso de álcool subsequente.

Entretanto, embora os estudiosos não se refiram à família como causadora da drogadicção, muitos percebem o drogadicto como “bode expiatório” de um sistema familiar disfuncional. Stempliuk e Bursztein (1999), por exemplo, enfatizam a dependência de drogas como sintoma de uma família disfuncional.

Se pudermos entender que o uso da droga já indica uma dinâmica familiar comprometida, estaremos ampliando nossa concepção e expandindo a compreensão do fenômeno para o fato de que não estamos abordando apenas um indivíduo que se droga e sim uma família que forma um sistema no qual a dependência química de um dos seus membros é um dos fatores. (p.158)

Podemos analisar, conforme assinala Miermont (1987), que não existe um perfil familiar único e patognomônico da toxicomania, mas encontram-se pontos em comum nestas famílias. Não se trata, de forma alguma, de culpar os pais, como lembram Sternschuss & Angel (1991), pois isso significaria isolarmo-nos numa causalidade linear. "Todos os membros da família são, na realidade, vítimas de um jogo infindo, onde o sintoma toxicomaniaco só irá perpetuar os efeitos" (p.278).

Schenker (2005) investigou se os valores familiares vivenciados na dinâmica interna das famílias influenciam o desenvolvimento da drogadicção em algum dos seus membros. A autora confirmou sua hipótese e descreveu como características das famílias pesquisadas:

- Vínculos dependentes sob a forma de mimos e paparicos; suprimento, em demasia, dos desejos dos filhos e netos; críticas e humilhações incorporadas à auto-estima dos sujeitos;
- Expectativas dos pais e avós em conflito com as dos filhos e netos. Os adultos das famílias estudadas nutriam sonhos para seus filhos e netos incompatíveis com o nível de maturidade deles;

- Inversão da hierarquia familiar. Avós – em alguns casos – deslocados de seu lugar na hierarquia, atuando como pais e não favorecendo a autonomia do adicto. Pais atuando como filhos e vice-versa em algumas famílias;
- Relações marcadas antes pelo apego do que pela construção da confiança mútua. Vínculos que infantilizam filhos e netos;
- Educação através de um estilo autoritário ou permissivo, ou através da combinação dos dois estilos. Prática de agressão e amor em demasia na criação dos filhos;
- Inconsistência da figura masculina, ainda quando presente, gerando um vazio de autoridade e afeto. Em todos os casos estudados a autora percebeu a ausência masculina. As mulheres tinham o mando da casa e os homens se acomodavam;
- Falta de intimidade.

Schenker ressalta, na conclusão da sua tese, que o sintoma da drogadicção denuncia problemas no sistema familiar. As famílias estudadas apresentavam vínculos dependentes que barravam "o processo de protagonismo e o empreendedorismo de seus membros" (p.157). Nestas famílias não foram criadas condições para que seus membros desenvolvessem projetos para a sua vida.

Stanton et al (1985) chegaram à algumas conclusões semelhantes aos achados da pesquisa de Schenker. Munidos de ampla experiência clínica e de um trabalho de observação a partir de 450 fitas de sessões com famílias, eles identificaram padrões disfuncionais que contribuem para a falta de autonomia do adicto.

O medo da separação e os vínculos de dependência, segundo Stanton et al, caracterizam estas famílias. Eles observaram que quando o adicto começava a triunfar, no trabalho, no tratamento ou qualquer outra coisa, outro membro da família entrava em crise; ele acabava recaindo e aí a crise se dissipava. Tratava-se de um processo interdependente, onde o fracasso tinha a função protetora de manter a família unida. A mensagem parecia ser: "Suportamos qualquer coisa, mas não nos abandone" (p. 30).

Stanton et al não negam a importância das variáveis fisiológicas e dos determinantes econômicos e ambientais. Para eles, entretanto, o abuso de drogas mais sério é predominantemente um fenômeno familiar. Os autores descrevem um padrão típico para famílias de adictos masculinos onde a mãe tem uma reação indulgente, superprotetora, apegada e abertamente permissiva com o adicto, que ocupa o lugar de filho favorecido. As declarações das famílias indicam que o pai é distante, desapegado, fraco ou ausente. As relações entre pais e filhos são descritas como negativas, com uma disciplina rude e incoerente.

Um conceito muito interessante destes autores é o da adicção como forma de “pseudo-individuação”. O abuso de drogas mostraria o dilema do adicto entre permanecer estreitamente ligado à família e estabelecer relações íntimas externas. Não é à toa que o uso de drogas geralmente começa na adolescência, época em que se inicia o processo de separação da família. Segundo Stanton et al (1985), a drogadicção serve de vários modos para resolver o dilema do adicto quanto a ser ou não um indivíduo independente. Ao usar drogas o adicto fica ao mesmo tempo dentro e fora da família.

Stanton et al revelam ainda outros dados que reforçam este aspecto da dificuldade de separação das famílias adictivas:

- 2/3 dos adictos masculinos de menos de 35 anos vivem com quem os criou e 80-85% mantêm pelo menos um contato semanal com estas figuras parentais;
- Alta incidência de privação parental, por separação ou morte de um progenitor, mais comumente o pai;
- Mães de adictos revelam práticas simbióticas com os filhos;
- Predomínio de temas relacionados à morte;
- Famílias caracterizadas como “unidas”;
- Alianças explícitas entre os subsistemas familiares, como por exemplo entre o adicto e a mãe;
- Primazia da família de origem sobre a família constituída;

- Famílias paralisadas em uma etapa do ciclo vital⁴, dificultando a emancipação do adicto, tentando evitar a separação.

A dificuldade das famílias adictivas em lidar com as separações decorrentes das mudanças do ciclo vital, como exposto acima, pode gerar a tentativa do congelamento de uma etapa de vida ou o "tempo congelado" (Groisman, Lobo, Cavour, 1996). Esse processo faz com que muitos adictos pareçam eternos adolescentes, mesmo estando em uma idade madura. O prolongamento da adolescência traz ganhos indiretos para o adicto e sua família. A família não enfrenta o seu próprio envelhecimento e a difícil separação dos filhos; o adicto, por sua vez, também permanece mais próximo dos entes queridos e adia o enfrentamento do desafio de se tornar independente emocional e financeiramente.

Kalina (1990), assim como Stanton et al (1985), também ressalta a dificuldade de autonomia do adicto; para ele a adicção seria a problemática de quem está destinado a não ser, embora queira ser, tentando-o através de uma identidade negativa. Kalina refere-se a um mandato familiar sinistro onde para ser tem que não ser. O ser seria ter uma identidade própria, *ser* autônomo. Kalina exemplifica que o sentido da vida do adicto pode ser: ser-para-mamãe. A mensagem recebida pela família seria: "fique comigo", sendo valorizado o ser para o sistema e não para a vida. Entendemos que o adicto busca ser diferente, rebelde, e ao mesmo tempo pertencer à família; então age de uma forma em que atende ao padrão familiar de dependência, na medida em que não se desenvolve e permanece sendo cuidado. Como diz Sudbrack (2000), a dependência de drogas encobre, na maioria das vezes, dependências relacionais.

Stanton et al, a partir de vasta experiência clínica e de inúmeras pesquisas realizadas na área, enfatizam que a drogadicção tem características adaptativas e funcionais, além dos riscos imediatos. Eles salientam que o drama da drogadicção é óbvio, gerando muito sofrimento; menos óbvia, entretanto, é a estabilidade que está por detrás dessas flutuações, uma estabilidade que inclui o adicto e sua família. São fenômenos estáveis e previsíveis em sua recorrência e na função que cumprem para as pessoas envolvidas.

⁴ É muito comum que as famílias tenham dificuldade para evoluir, por exemplo, para a etapa do "ninho vazio", quando os filhos saem de casa.

Fleming (1995) realizou pesquisa com 50 famílias portuguesas de toxicodependentes e encontrou resultados que vão ao encontro dos padrões característicos das famílias adictivas, já descritos por outros pesquisadores. A autora observou a existência de uma estrutura de triângulo perverso (Haley, 1978), conceito já citado neste trabalho, que descreve um disfuncionamento familiar específico, em que a hierarquia e a repartição de poder são confusas, provocando inversões de posição em relação com as fronteiras intergeracionais. Por exemplo: a mãe se alia ao filho contra o pai.

Outro achado da pesquisa foi que os filhos toxicodependentes têm sobre as suas famílias uma percepção de emaranhamento relacional, enquanto as suas mães têm uma percepção de desmembramento. A autora questiona se esta discrepância não surgiu pela busca de autonomia dos jovens ser lida pelas mães como ameaça à unidade familiar, o que acarretaria o desmembramento, segundo esta lógica.

A detecção de triangulação na tríade pai-mãe-filho, e de emaranhamento nas famílias confrontadas com o sintoma, leva-nos a concluir que se trata de famílias mais pobremente diferenciadas, criando obstáculos aos processos de separação e de individuação dos seus membros (...). Não podendo concluir quanto à sua importância etiológica, podemos no entanto concluir que essas famílias, mais do que as outras, apresentam mecanismos inibidores da mudança. (Fleming, 1995, p.85)

Carmo (2003), ao estudar casos clínicos de famílias de dependentes de drogas, observou, assim como Fleming (1995), a presença de fronteiras difusas entre os subsistemas. Carmo pontua que as fronteiras difusas dificultam que as pessoas deste grupo familiar possam exercer seus papéis de uma forma funcional dentro e fora de suas famílias. Desta forma, o indivíduo não desempenha suas funções nos subsistemas e fica preso no emaranhado familiar.

Ressaltamos, concordando com Reilly (1979), que as famílias com problemas relacionados ao abuso de drogas, carregam tendências, em sua forma de relacionamento, existentes em todas as famílias, só que levadas a um extremo patológico.

2.2.2.1. Estabelecimento de limites

As questões apontadas relativas à ausência de hierarquia e de fronteiras claras nas famílias adictivas trazem como consequência dificuldades em relação à imposição de limites nestas famílias. O estabelecimento da autoridade fica comprometido a partir do momento em que está confuso qual é o papel a ser desempenhado por cada membro da família.

A dificuldade em relação à colocação de limites denuncia que não há fronteiras hierárquicas na família. As fronteiras entre os membros do sistema familiar permitem a sua diferenciação, demarcando uma linha invisível entre o espaço do eu e do outro. O sintoma pode denunciar uma família emaranhada, sem fronteiras, onde o lema é algo como: “o que é de um é de todos”. Nestas famílias as gerações ficam fusionadas e pais agem como amigos ou irmãos, não se colocando em um patamar superior como autoridade (Sampaio, 2003).

Plass (1996) encontrou em seu estudo com famílias de adolescentes dependentes ou abusadores de drogas uma dificuldade dos pais em estabelecer limites. Muitas vezes as regras eram colocadas de forma ambígua. A autora sinaliza para a inversão hierárquica produzida no meio familiar nesses casos.

Outro ponto levantado pelos pesquisadores citados neste trabalho que pode influenciar na imposição de limites é a dificuldade de lidar com separação nessas famílias. O padrão simbiótico das famílias adictivas faz com que exista nelas uma dificuldade em relação à imposição de limites. Dar limites implica dizer não, contrariar, o que acarreta o risco de separação, desunião, ainda que momentânea, ocasionada por uma pequena briga. Conforme pontuamos em trabalho anterior (Sampaio, 2003), na negativa vem sempre embutido um risco de perda; para quem o recebe, que se frustra, e para quem o dá, que teme decepcionar e ser abandonado pelo outro.

De acordo com Reilly (1979), os pais de muitas famílias de abusadores de drogas parecem incapazes de delimitar regras claras e consistentes. O mesmo comportamento ignorado em um momento pode ser punido em outro. Frequentemente os pais discordam sobre quando e como disciplinar. Os filhos ficam confusos e recebem mensagens ambivalentes sobre o que é certo ou errado, aceitável ou não.

A dificuldade para imposição de limites se evidencia nos dois tipos de famílias adictivas: nas simbióticas pela indiferenciação e nas cismáticas⁵ (Kalina & Korin, 1983) pelo afastamento, pela ausência de vínculo, de compromisso. Os autores ressaltam ainda a falta de limites elásticos, firmes sem serem rígidos, já que é comum uma oscilação da rigidez ao *laissez-faire* nestas famílias.

Freitas (2002) descreve as famílias “pré-adictivas” como tendo uma estrutura frágil, onde o pai e a mãe não conseguem exercer seus papéis de forma adequada. Para o autor essas famílias têm uma grave dificuldade de lidar com os limites, com o não. Correndo o risco de ser internado, preso ou até morrer, o adicto inconscientemente estaria buscando um limite que não foi dado pela função parental.

A problemática das drogas está intimamente ligada à questão da transgressão dos limites. O próprio uso de drogas ilícitas representa uma transgressão à lei. Na vivência do uso aparece a busca pelo rompimento dos limites da consciência, especialmente no caso das substâncias com efeitos alucinógenos, onde se expandem as fronteiras da percepção e dos sentidos. A diminuição da censura, que ocorre com o uso de qualquer tipo de droga psicoativa, acarreta a dilatação do limite pessoal do usuário, gerando a sensação de “poder tudo”, uma ilusão momentânea de prazer e liberdade sem fronteiras. Um elemento individual da toxicomania destacado por Kalina e Korin (1983) é a impulsividade, a incapacidade para suportar qualquer demora, por mínima que seja. Considerando-se o risco de vida decorrente do abuso de algumas drogas e dos comportamentos de risco associados ao uso (dirigir sob efeito de entorpecentes, envolvimento em brigas, etc), o limite ameaçado, em última instância, passa a ser o da própria vida.

Schenker & Minayo (2003) destacam como as práticas educativas e os estilos de criação da família podem facilitar, ou não, o uso abusivo de drogas. Foi observado que os pais, ou figuras substitutas, têm dificuldades em passar normas e limites para seus filhos. As autoras concluíram que as práticas de criação características do meio familiar de adolescentes que apresentam distúrbios de conduta e abuso de substância são: administração insatisfatória da família, criação omissa, disciplina e monitoramento parental inadequados, irritabilidade dos pais,

⁵ Famílias mais desmembradas, mais dispersas.

processos familiares coercitivos. É ressaltado ainda que as crianças e os adolescentes aceitam a autoridade dos pais - através de regras claras, coerentes e estabelecimento de limites - quando há uma relação de confiança e afeto entre eles. Stempliuk e Bursztein (1999) ressaltam que os toxicômanos não concordam em receber restrições, ordens e correções; provavelmente por não terem sido acostumados a interações com limites claros em sua família de origem.

2.2.2.2. Codependência

Como já explicitamos neste trabalho, o entendimento das relações dentro do referencial sistêmico pode ser feito a partir da análise dos triângulos familiares, conceito de Bowen (1978). Nessa perspectiva, a ausência de limites da família adictiva deve ser compreendida levando-se em conta os três personagens do triângulo principal: pai, mãe e filho. O comportamento codependente, que explicaremos a seguir, é retroalimentado na interação dessa tríade.

Carmo (2003) afirma que a presença de uma interação adictiva é facilitada por um superapego caracterizado por uma relação simbiótica entre um membro do subsistema parental e o filho dependente, em detrimento do outro membro. A situação mais comum é a mãe ser superenvolvida com o filho e o pai ocupar um lugar periférico. O familiar superenvolvido costuma ser o codependente. O codependente, na clínica, é aquele membro da família que se ocupa de tentar resolver os problemas do dependente. Normalmente, o codependente é quem procura os centros de tratamento atrás de socorro para o dependente, não para si mesmo.

Zampieri (2004) sublinha que a expressão codependência tem sido alvo de controvertidas definições e ultimamente vem recebendo uma atenção mais sistematizada por sua importância nos tratamentos e intervenções sociais. Alguns autores (Ramos & Pires, 1997; Zampieri, 2004) dizem que o conceito foi introduzido por Wegsneider em 1981. Beattie (1987), por sua vez, relata que a palavra codependência apareceu na área da terapia no fim da década de 70, despontando simultaneamente em vários centros de tratamento, sem que se saiba quem a descobriu.

Na literatura técnica, científica e de auto-ajuda em dependência de drogas muito se fala sobre o codependente. Beattie (1987), define como características do co-dependente: tomar conta demais dos outros; baixa auto-estima; obsessão pelo problema do dependente; repressão dos próprios sentimentos; comportamento controlador em relação ao outro; limites fracos; dependência do outro; negação; falta de comunicação; falta de confiança; raiva e ainda problemas sexuais.

O codependente é aquele que se torna dependente de controlar o comportamento do dependente de drogas. Por isso ele é chamado codependente, sendo cúmplice na dependência. Geralmente o codependente é a mãe ou a mulher do adicto, que contribui para a progressão da doença superprotegendo-o e não dando limites, favorecendo assim a negação das conseqüências do uso de drogas. O codependente desempenha um papel de "tapa-buracos" na família, comportando-se de acordo com as necessidades do outro.

Black (1981) salienta que o ambiente onde há alcoolismo é inconsistente e imprevisível e que o comportamento da família é uma tentativa de restabilizar o sistema, uma tentativa de tornar a vida mais fácil e menos dolorosa para todos. Acreditamos que a codependência representa tanto uma reação à dependência, enquanto defesa adaptativa para manter a homeostase familiar, quanto um reflexo do emaranhamento familiar - um sintoma da dificuldade da família em aceitar a individualização dos seus membros. As famílias codependentes apresentam emaranhamento também no subsistema conjugal, com filhos triangulados por pais que não sabem absorver a crise natural gerada pela mudança (Zampieri, 2004).

Sublinhamos que a codependência precisa ser vista dentro do triângulo familiar; onde há a dificuldade do dependente de ser autônomo e a dos pais de favorecerem esse processo. Dentro de uma constelação típica, a mãe manifesta essa dificuldade tratando o dependente como um bebê e o pai sendo rígido ou omissivo. A rigidez invalida, anula a individualidade do dependente, enquanto o extremo da omissão não fortalece a auto-confiança necessária para uma maior autonomia. Trata-se de um processo de retroalimentação, porque quanto mais o pai se afasta ou é duro demais, mais a mãe tende a proteger o filho como compensação. O inverso também acontece dentro da mesma dinâmica: o pai é duro ou se omite, já que a mãe é superprotetora.

Muitas vezes o codependente é visto, na família e até mesmo no contexto clínico, como o bode expiatório, sendo considerado o chato ao tentar controlar

tudo e todos. Nesse contexto, as próprias clínicas de recuperação parecem minimizar a influência do pai no tratamento, como se sua participação na recuperação do filho fosse menor, tanto para gerar conflitos quanto para ajudar a solucioná-los. Muitos profissionais culpam, indiretamente, a mãe ou esposa codependentes pelo problema do adicto. Esse panorama tem mudado aos poucos, e reforçamos a importância de se fugir de uma lógica linear causal simplista onde há vilões e mocinhos. Cada membro da família, a partir do pressuposto sistêmico, tem a sua parcela de responsabilidade na formação e manutenção do sintoma, assim como no tratamento.

2.2.2.3.

O pai na família adictiva

Uma característica das famílias adictivas observada por diversos autores (Kalina & Korin, 1983; Stanton et al, 1985; Plass, 1996; Freitas, 2002; Ramos, 2003; Schenker, 2005) é a ausência do pai, não no sentido físico, mas de fragilidade enquanto autoridade. Considerando-se o perfil familiar que já foi descrito neste trabalho, onde a mãe muitas vezes está simbioticamente ligada ao filho dependente de drogas, decorre daí a falta de uma autoridade para impor limites.

Ramos (2003) sublinha a deficiência da função paterna, onde surgem os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, impedindo a ruptura da simbiose mãe-filho. Sustentado por pesquisa clínica, Ramos observa nos casos estudados o comprometimento da figura paterna (na realidade ou na fantasia dos pacientes). O autor sugere que nestes casos há pais que não querem ou não conseguem se envolver, mantendo distância dos filhos. Fazemos aqui uma ressalva quanto à participação da mãe nesse processo, considerando o paradigma sistêmico. Nossa experiência clínica confirma a dificuldade da mãe, em muitos casos, de qualificar e incluir o pai no gerenciamento da formação do filho.

Freitas (2002), ao analisar dois casos de dependentes de drogas, oriundos de classes sociais diferentes do Rio de Janeiro, conclui que ambos compartilham a falência da figura paterna. “A falência do exercício da função do pai traz uma afrouxamento na concepção de que a Lei existe para ser respeitada.” (p.84)

Kalina & Korin (1983) também observam nas famílias dos adictos de todas as classes sociais a ausência de um pai que desempenhe o seu papel com decisão e firmeza. Eles ressaltam a falta de um pai com autoridade que proponha (e mantenha) valores precisos e consistentes. O trabalho dos autores em uma instituição argentina (Centro Nacional de Rehabilitación Social) para adictos de classes médias e baixas apontou a mesma carência da figura paterna observada em seu trabalho clínico com as classes mais abastadas. As primeiras entrevistas familiares foram realizadas sem contar com a presença do pai. Para conseguir que ele assistisse às reuniões foi preciso apelar para a intervenção policial ou outros meios de coerção, já que, espontaneamente, o pai não se mostrava interessado no problema do seu filho. Era a figura ausente.

A ausência de modelos parentais sólidos (e paternos, em particular) entre os toxicômanos é apontada por Bergeret (1991). São pais, segundo o autor, não necessariamente briguentos ou divorciados, mas apagados, pouco presentes e pouco representativos. Plass (1996), através de pesquisa com famílias de dependentes de drogas, também encontrou pais periféricos, em contraste com as mães superprotetoras. A percepção de uma amostra de adolescentes abusadores de drogas, segundo estudo de Stoker & Swadi (1990), é dos seus pais serem ineficientes e menos importantes que as mães.

Em pesquisa (McArdle et al, 2002) com 3984 adolescentes europeus revelou-se que a supervisão parental é um importante fator de proteção para o uso de drogas em meninos, talvez por sua maior tendência a comportamentos de risco. O estudo de Passos (1996) em uma clínica de tratamento para dependentes de drogas do Rio de Janeiro corrobora a importância do papel do pai. Em uma amostra com 468 indivíduos, metade queixou-se de ausência da figura paterna na sua criação. Em 11% dos pacientes o pai é perpetrador de abuso físico.

Outro fator importante em relação ao lugar do pai na família adictiva é o seu próprio uso de álcool e/ou outras drogas. Para Kalina (1990), nas famílias onde surge um adicto sempre está presente um modelo adictivo, com drogas ou sem drogas. Ele dá o exemplo do pai que bebe whisky para relaxar e da relação compulsiva com trabalho ou comida. Vários estudos, como o de Boyd et al (1999), documentam uma relação positiva entre antecedentes de problemas com álcool/drogas na família e surgimento do abuso de substâncias. Stanton et al (1985) apontam uma frequência grande de dependência de drogas

multigeracional, que se converte em tradições familiares. Pesquisas, segundo Black (1990), mostram que filhos de alcoolistas têm cinco vezes mais propensão a se tornarem dependentes de drogas que indivíduos não criados em lares com alcoolismo.

A questão que as pesquisas não conseguem desvendar é o quanto dessa influência se deve à genética e ao convívio familiar. Nosso ponto de vista é que ambos os fatores devem ser levados em consideração dentro de uma compreensão dinâmica da dependência.

2.2.2.4. Comunicação

Alguns obstáculos a uma comunicação mais eficiente são freqüentemente observados nas famílias adictivas. Destacamos algumas questões que podem representar entraves a uma boa comunicação: autoritarismo ou permissividade; negação; segredo e morte não elaborada.

Segundo Watzlawick, Beavin, & Jackson (1967), todo o comportamento, não só a fala, é comunicação; e toda a comunicação afeta o comportamento. É impossível não comunicar: atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem, influenciando outros, que, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações. Os autores definem dois níveis na comunicação humana: digital e analógico. A comunicação digital refere-se ao conteúdo da mensagem, enquanto a analógica remete à comunicação não-verbal, através de gestos, posturas, entonação de voz, etc.

A comunicação em uma família muitas vezes torna-se truncada a partir de uma incongruência entre os níveis digital e analógico. Um exemplo desta incoerência seria alguém dizer que está muito preocupado sorrindo. Outro exemplo seria uma mãe dizer a um filho que ele já é um adulto, ao mesmo tempo em que passa a mão na sua cabeça, literalmente.

Maldonado (2004) salienta que, dependendo da qualidade da mensagem enviada, o canal de comunicação familiar pode ser aberto ou fechado. A ausência de limites, como já pontuamos neste trabalho, é uma característica das famílias adictivas. Observamos clinicamente a dificuldade dessas famílias em relação à imposição de limites. Muitas vezes há uma incongruência entre a mensagem

digital e analógica (Watzlawick et al, 1967). Maldonado lista algumas situações, que confirmamos em nosso trabalho clínico, onde os limites ditos não são acatados por uma comunicação ineficaz. Um exemplo é quando a mensagem é dada sem um tom de firmeza, ou quando a pessoa se perde em justificativas, como se estivesse pedindo perdão por dar limites. A autora cita ainda outras formas de comunicação ineficazes, que constatamos freqüentemente no atendimento às famílias com problemas relacionados ao abuso de drogas e que são confundidas com limites: dar ordens, ameaçar e dar "lições de moral". Maldonado esclarece que estas modalidades de comunicação abafam a autonomia, podendo gerar um comportamento excessivamente submisso, passivo ou rebelde.

2.2.2.4.1.

Autoritarismo x permissividade

A questão dos limites é também situada por Maldonado (2004) dentro de dois estilos de comunicação considerados inadequados e muito encontrados em famílias adictivas: autoritarismo e permissividade. É importante diferenciar autoridade de autoritarismo. O autoritarismo se faz presente quando as decisões são impostas de modo arbitrário, opressor, sem espaço para a negociação e o diálogo. No autoritarismo a firmeza é confundida com rigidez. Nesse modo de comunicação a individualidade e a autonomia são prejudicadas.

Segundo Reilly (1979), a comunicação nas famílias de abusadores de drogas ocorre de forma predominantemente negativa através de: críticas, reclamações, resmungos e castigos. O comportamento positivo raramente é elogiado, reconhecido, sendo geralmente ignorado. O mau comportamento acaba sendo reforçado pela atenção que recebe. O estudo de Stoker & Swadi (1990) reforça esse ponto de vista da interação negativa; pois os adolescentes desta pesquisa perceberam suas famílias como mais distantes, punitivas, menos envolvidas, com pobre comunicação e falta de confiança, em comparação com a percepção dos não usuários de drogas.

Wills & Yaeger (2003) ressaltam como fator de proteção ao uso de drogas o suporte emocional; a percepção do adolescente de que os pais escutam de forma empática e compreensiva o seu problema. Inversamente, tem correlação com o uso de drogas a sensação do adolescente de que sua interação com os pais é

negativa, baseada em discussões destrutivas. Os autores sublinham a importância de uma consistente e razoável disciplina. A comunicação aberta e freqüente entre os membros da família é também descrita como um importante fator de proteção.

Carvalho et al (1995), em estudo com 16378 estudantes brasileiros do ensino médio, apontaram a violência na família como o fator mais freqüentemente associado ao uso de álcool e outras drogas por parte dos jovens. A qualidade do relacionamento familiar foi descrita como um fator importante de proteção, independente dos pais serem casados ou não. Devemos lembrar que as relações baseadas no autoritarismo freqüentemente são marcadas por violência verbal e/ou física, estando, portanto, associadas a um fator de risco para o uso de drogas.

Maldonado acrescenta que o autoritarismo dificulta a internalização das proibições, podendo acontecer das determinações serem transgredidas sempre que quem toma conta não estiver presente. Verificamos essa situação na família adictiva; uma vez que o adicto é descrito como sendo muitas vezes um anjo em casa e o oposto na rua, longe da família. Outra possibilidade que a autora descreve - e que também se aplica ao adicto, por seu comportamento transgressor - é da pessoa, frente ao autoritarismo, desenvolver uma reação de extrema rebeldia, sendo contra por princípio, como defesa ao medo de ser dominada.

No outro extremo em relação ao autoritarismo está a comunicação permissiva, onde predomina o sim, mesmo quando se quer dizer não. Ouvimos com freqüência pais de adictos dizerem que foram criados por pais muito autoritários e por isso fizeram o oposto com os filhos. Maldonado destaca como conseqüências da permissividade: impulsividade, pouca tolerância à frustração, dificuldade de esperar, tendência à tirania, egocentrismo e ainda sentimentos de vazio, insatisfação e desamparo. Embora a autora em nenhum momento refira-se ao abuso de drogas, as características acima são comumente descritas como fazendo parte do perfil do adicto. Wills & Yaeger (2003) citam em seu estudo a impulsividade como um fator de risco significativo para o uso de drogas. Para Maldonado: "Sem a adequada canalização da impulsividade, o potencial criativo de crianças e adolescentes pode se transformar em potencial destrutivo, com a predominância da *lei do desejo* sobre a *lei da interação*"(p.145). Nessa perspectiva, Maldonado compreende os distúrbios de comportamento em crianças e adolescentes como um pedido de freio, de limites, já que em um contexto de muita permissividade a própria pessoa não consegue se refrear.

Micheli & Formigoni (2004), através de pesquisa com 6417 estudantes brasileiros, apontaram o baixo monitoramento e cuidado dos pais como associados ao uso de drogas. A família foi descrita como tendo um papel crucial, sendo essencial o monitoramento das atividades do adolescente e o investimento na qualidade do relacionamento. Schenker & Minayo (2005), ao abordarem os fatores de risco e proteção para o uso de drogas, também realçam o papel positivo da família quando: cuidadora, afetiva, amorosa e comunicativa. É enfatizada a importância de uma educação com autoridade, porém envolvendo afeto e trato democrático.

Cabe lembrar, que é raro os pais empregarem com exclusividade o autoritarismo ou a permissividade, embora geralmente um estilo predomine. É comum o pai usar um estilo e a mãe outro, levando o filho a adequar o seu comportamento de acordo com quem está lidando. Um exemplo é quando o usuário de drogas pede dinheiro sempre à mãe, por saber que é mais fácil convencê-la.

No contexto do tratamento da dependência de drogas, especialmente onde é utilizado o método dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos, um termo muito utilizado é o de facilitação. A facilitação expressa a permissividade na família adictiva. Como resume Carmo (2003), a facilitação aparece na forma de uma ajuda dada ao adicto diante das suas dificuldades, impedindo que ele assuma as consequências do seu comportamento. Um exemplo é quando a família cobre todas as dívidas resultantes do uso de drogas. Essa atitude familiar facilita indiretamente a progressão do consumo, já que não há responsabilização pelos atos cometidos.

2.2.2.4.2. Negação

Como afirmamos em outro trabalho (Sampaio, 2003), a dependência de drogas vai se instalando progressivamente; o dependente e sua família vão aos poucos desenvolvendo estratégias de adaptação e defesas para se adequarem às mudanças geradas pelo problema. O mecanismo de defesa central utilizado pelo adicto e pela família é a negação. A negação se manifesta em frases como: "Bebo porque gosto; quando quiser eu paro"; "Minha família é que é careta, todo mundo

fuma maconha", etc. Woitowitz (1997) ressalta que o mecanismo da negação é, provavelmente, o mais significativo fator que está entre o alcoolista e a pessoa que faz a abordagem para o tratamento. É bem conhecido o fato de o alcoolista ser a última pessoa a admitir os problemas decorrentes do uso do álcool.

A negação é um conhecido mecanismo de defesa psicológico para enfrentamento de situações dolorosas. Como todo mecanismo de defesa, tem função adaptativa quando usado em situações específicas, durante um tempo limitado. Entretanto, clinicamente é possível observar a utilização da negação como forma típica de reação aos problemas nas famílias adictivas. O dependente nega as conseqüências do seu problema porque necessita continuar usando drogas; e a família nega a realidade, fingindo que nada está acontecendo. Em um processo de retroalimentação, a negação do dependente aumenta a da família e vice-versa.

Sternschuss & Angel (1991), em seu trabalho clínico com mais de uma centena de famílias de dependentes de heroína na França⁶, referem-se a uma cegueira familiar, que reflete mecanismos de negação, já que a revelação da toxicomania é normalmente feita por uma pessoa exterior à família (juiz, policial, vizinho, amigo). Um tempo de latência relativamente longo separa o início do consumo da heroína e a descoberta da toxicomania pela família. Reilly (1979) também observa que a negação dos pais persiste até o ponto da intervenção de autoridades externas e, ainda assim, muitas vezes a resposta é: "não pode ser a minha criança!"

A negação familiar aparece também, de acordo com Sternschuss & Angel, nos mitos familiares, como, por exemplo, no mito da boa convivência familiar. As famílias tendem a descrever o seu funcionamento familiar como sendo idílico, antes da revelação da falha representada pela conduta toxicomaniaca. A família tende a privilegiar a responsabilidade dos grandes traficantes ou a frequência de colegas pouco recomendáveis.

⁶ Centro Monceau (Associação presidida pelo Dr. Claude Olievenstein), especializado na abordagem familiar dos toxicômanos.

2.2.2.4.3. Segredo

Krestan & Bepko (1993) analisam a negação das famílias adictivas como uma forma de ocultar um segredo.

A natureza complexa do segredo em uma família adictiva está, na verdade, no núcleo do problema. O comportamento disfuncional, tal como beber ou consumir drogas, mais cedo ou mais tarde pode tornar-se absolutamente manifesto. O segredo mais bem mantido, entretanto, é o acobertamento do significado e da consequência deste comportamento. (p.147)

As autoras descrevem o ciclo vicioso onde a mentira cria segredos, o silêncio mantém segredos e a guarda de segredos alimenta a negação. A manutenção do segredo gera o silêncio, ocorrendo assim a ausência de todas as formas de comunicação direta sobre os sentimentos. Um exemplo de como a negação gera o segredo, é quando a mãe esconde do marido o uso de drogas do filho. Ela, ao mentir, está dizendo para si mesma que nada grave está acontecendo. Os membros da família e o adicto passam a crer em suas próprias mentiras.

Krestan & Bepko (1993) destacam dois extremos da comunicação familiar adictiva: o silêncio e a extrema reatividade. Ambas mascaram a emoção autêntica. A raiva, a vergonha, o medo e a tristeza podem estar camuflados por detrás da violência e das tentativas de controle do familiar. Os membros da família, especialmente o co-dependente, ao invés de expressarem os seus sentimentos e enfrentarem o problema, tentam controlar o adicto vigiando seus passos ou tentando impedir o uso de drogas, por exemplo. Após sucessivas tentativas frustradas de controle vem a reação - não ação - muitas vezes através de ataques de fúria. De acordo com as autoras, a família se adapta a uma crise prolongada ao invés de enfrentar a crise real da mudança.

O medo primário que alimenta a negação e o segredo, segundo Krestan & Bepko, diz respeito à ansiedade sobre a separação e a mudança. Diversos autores, como Stanton (1985), de fato sublinham o medo de separação das famílias adictivas. A preocupação com o uso de drogas mantém a família "unida" em torno do problema e o "tempo congelado" (Groisman, Lobo & Cavour, 1996), já que os projetos pessoais tendem a ficar paralisados.

Outro aspecto, sinalizado por Krestan & Bepko, é que na revelação de um segredo, ocorre frequentemente uma revelação automática também de outro. As autoras destacam como especialmente difíceis segredos que têm a ver com questões de sexualidade. O segredo da adicção pode esconder também o segredo da homossexualidade, por exemplo.

2.2.2.4.4. Morte

Além da sexualidade, outro tema tabu em nossa sociedade, porque pouco ou nada é dito a respeito, é a morte. Wright & Nagy (1993) afirmam que a morte é o mais perturbador segredo familiar. Os membros da família vivem como se morrer não fosse parte da vida.

Se a separação é evitada pelas famílias adictivas, com tendência a elevado grau de dependência entre os seus membros, a morte - separação máxima - não podendo ser evitada, tende a ser negada, como defesa à ansiedade que o assunto provoca no sistema (Sampaio, 2003). Portanto, outro segredo que pode estar relacionado à dependência de drogas é a morte.

Os pais de abusadores de drogas, segundo Reilly (1979), muito frequentemente vivenciaram perdas profundas em sua família de origem. São conflitos não resolvidos, havendo, portanto, um luto inacabado. Reilly relata ser comum que os sentimentos ambivalentes em relação à perda sejam transferidos para um membro da família que fica na posição de bode expiatório - o que acontece com o dependente de drogas. Esse membro reencarna a pessoa perdida. Como o luto não foi feito, outra perda não pode ser tolerada, pois é muito grande a ansiedade em relação ao tema da separação. Desta forma a família tende a ficar emaranhada e negando a passagem do tempo para evitar a individualização e conseqüente afastamento dos seus integrantes.

Walsh & McGoldrick (1991) ressaltam que a capacidade de aceitar a perda está no âmago de todas as habilidades dos sistemas familiares saudáveis, em contraste com as famílias disfuncionais, que tendem a negar e desfocar a realidade. As autoras enfatizam ainda que o reconhecimento da perda é facilitado pela informação clara e pela comunicação aberta sobre os fatos e circunstâncias da

morte. Compartilhar a experiência da perda, de qualquer modo, é crucial para a boa adaptação da família.

Bowen (1978) desenvolve o conceito de “onda de choque emocional” para explicar a sucessão de sintomas que podem ocorrer na família por meses ou anos após a morte de uma pessoa significativa. Essa onda é mais intensa em famílias com maior grau de fusão emocional.

Estudos citados por Stanton et al (1985) documentam uma alta incidência de perdas causadas por morte em famílias de adictos. Parece existir uma associação entre o início do uso da droga e a morte de um parente significativo.

A própria dependência de drogas traz o risco eminente da morte, diretamente (overdose) ou indiretamente (acidente de carro, assassinato, doenças correlatas, etc). Coleman & Stanton (1978), analisam o dependente como alguém que é visto pela família como sofrendo uma morte lenta. Esse processo de morte seria enfatizado pela família por trazer à tona lutos não elaborados. Deste modo o adicto tornar-se-ia um substituto do falecido. O impacto pelo risco da morte trazido pela adicção pode fazer a família reviver perdas negadas que impossibilitam o crescimento e desenvolvimento dos seus membros, permanecendo todos enlutados e presos ao passado (Sampaio, 2003). Paradoxalmente, o adicto arrisca concretamente sua vida e não se arrisca a crescer e se separar da família.

Embora tenhamos enfatizado aspectos disfuncionais da família, acreditamos que a crise deflagrada pelo uso indevido de drogas pode ser tanto uma tentativa de manter o *status quo*, quanto uma oportunidade de mudança. Concordamos com Reilly (1979), que sinaliza para a questão do abuso de drogas com frequência operar como um pedido de ajuda para a família inteira, um SOS para assistência externa.