



**FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO**

**ALCOOLISMO NAS DIFERENTES FASES DO CICLO DE VIDA FAMILIAR**

**Trabalho apresentado ao Familiare  
Instituto Sistêmico para conclusão do  
curso de Especialização em Terapia  
Relacional Sistêmica**

**LARA GOMES BERNARDO LEE**

**PROFESSORA ORIENTADORA DENISE DUQUE**

**2008**

Dedico este trabalho à  
minha família, pelo amor  
e incentivo.

“O alcoolismo é um problema de proporções epidêmicas, que nenhum terapeuta de família consegue evitar tratar.”

Jo-Ann Krestan

## SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo Geral.....	8
2.2. Objetivos Específicos.....	8
3. JUSTIFICATIVA.....	9
4. METODOLOGIA.....	10
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
5.1. Terapia Familiar Sistêmica.....	11
5.2. Alcoolismo.....	20
5.3. Alcoolismo e Ciclo de Vida Familiar.....	30
5.4. Tratamento.....	42
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....	56
7. REFERÊNCIAS:.....	58
ANEXO.....	60

## RESUMO

O presente estudo tem como tema central o alcoolismo e a família, tendo como base teórica o pensamento sistêmico. O alcoolismo constitui um processo sistêmico que afeta e é afetado pela interação entre o bebedor e o álcool, o bebedor e ele mesmo, e o bebedor e os outros. É uma doença altamente destrutiva em todos os níveis sistêmicos e uma ameaça potencial à vida, que requer tratamento. O objetivo desta pesquisa foi investigar a estrutura, dinâmica e tratamento da família que estabelece uma relação de dependência com o álcool. Para o desenvolvimento deste trabalho utilizou-se a pesquisa bibliográfica, onde as informações foram lidas, analisadas e interpretadas de material já publicado, constituído basicamente de livros, revistas, jornais, artigos de periódicos, dicionários, informações disponibilizadas na Internet etc. Como conclusão deste trabalho, vimos que a mentira, as duplas mensagens, a falta de confiança nas palavras, a manipulação e o modelo tóxico adictivo, são fenômenos que vão configurando uma estrutura psicopatológica geradora de um ou de vários filhos que têm profundo sentimento de abandono, vivências depressivas, incapacidade para dominar a ansiedade e que encontram uma ilusão de integridade e de identidade no consumo do álcool. Cada alcoolista afeta diretamente a vida de pelo menos quatro ou cinco outras pessoas. A disfunção ocorre ao longo do tempo, desencadeando vários sintomas somáticos, psicológicos e interpessoais na família como dificuldades profissionais, conflitos conjugais, problemas escolares dos filhos, depressão, isolamento social, abuso de outras drogas e inúmeros distúrbios físicos em todos os membros da família.

**Palavras chaves:** alcoolismo, estrutura e dinâmica familiar, terapia familiar.

## ABSTRACT

This study has as central thematic alcoholism and family, having as theoretic basis the systemic thinking. Alcoholism comprises a systemic process which affects and is affected by interaction between drinker and alcohol, the drinker and himself, and the drinker and other people. It's a disease highly destructive in all systemic levels and a potential threat to life, and requires treatment. The objective of the present research was to investigate the family dynamics, structure and treatment who establish a dependency relationship with alcohol. For development of this work the bibliographic research method was used, where information was gathered, read, analysed and interpreted from published material, basically books, magazines, newspapers, articles, dictionaries, content published on the Internet etc. As a conclusion for this work, we saw that lies, double messages, lack of confidence on words, manipulation and the toxic addictive model, are phenomena which configure a psychological structure responsible for generating one or several children with a deep abandonment feeling, depressive lives, incapable to control anxiety and find on alcohol an illusion of integrity and identity. Each alcoholic person directly affects at least four or five other people's lives. The disfunction occurs within time, freeing several somatic symptoms, psychological and interpersonal on family as professional problems, marriage problems, affecting children's school performance, depression, social isolation, abuse of other drugs and several physical problems on all family members.

**Key words:** alcoholism, family dynamics and structure, family therapy.

## 1. INTRODUÇÃO

Com o propósito de elaborar-se um trabalho de conclusão do curso de especialização em terapia relacional-sistêmica, com concentração sobre a terapia familiar, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, a fim de compreender a estrutura, dinâmica e tratamento das famílias que estabelecem relação de dependência com o álcool. A temática da família como sistema, como instituição, como matriz de identidade do ser humano percorre a história da humanidade recebendo as mais variadas leituras dependendo do enfoque de estudo: da perspectiva socioantropológica ou da perspectiva jurídica. Especificamente no campo da teoria familiar, o conceito de família acompanha toda e qualquer proposta de intervenção do terapeuta familiar. Trabalhar com família é trabalhar com todo o sistema de crenças da mesma. E os pressupostos que decorrem dessas crenças são elementos que necessariamente o terapeuta deve explorar para uma melhor construção do significado em comum e para maior eficácia das ações de intervenção.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Investigar a estrutura, dinâmica e tratamento das famílias que estabelecem relação de dependência com o álcool.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- 2.1.1 Identificar os padrões intergeracionais do uso de álcool no sistema familiar;
- 2.1.2 Identificar quais os padrões interrelacionais que reforçam o uso de álcool;
- 2.1.3 Identificar os objetivos do tratamento em cada estágio do ciclo de vida da família.



### 3. JUSTIFICATIVA

Considerando a família como um grupo social unido por múltiplos laços capazes de manter os membros durante uma vida e durante as gerações, e que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições, parece que as pesquisas tematizadas em seu universo se auto-justificam, pois tornou-se objeto de estudo para muitas disciplinas: psicologia, pedagogia, sociologia, antropologia etc.

A questão do alcoolismo na família é um tema considerado muito importante já que o álcool é um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas no mundo consumam bebidas alcoólicas e cerca de setenta e seis milhões tenham diagnóstico de alcoolismo. Além das doenças crônicas que podem afetar os usuários, o álcool contribui para a morte ou deficiência de pessoas relativamente jovens.

#### **4. METODOLOGIA**

A metodologia deste trabalho é a pesquisa bibliográfica. As informações foram obtidas através de leituras, análises e interpretações de material já publicado, constituído basicamente de livros, revistas, jornais, artigos de periódicos, dicionários, informações disponibilizadas na Internet etc.

## 5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

### 5.1. Terapia Familiar Sistêmica

A palavra sistema vem do grego *synhistanai* que significa colocar junto. “Entender as coisas sistematicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de um contexto, estabelecer a natureza de suas relações” (Capra, 1996, p. 43).

A terapia familiar sistêmica entende a família como um sistema e visa situar o indivíduo no seu contexto para que ele possa encontrar soluções que ajudem a si mesmo e à sua família. Para o entendimento desta teoria, buscamos apoio na literatura, por intermédio dos seguintes autores: Capra (1996), Minuchin (1982), Papp (1992), Andolfi (1996), Satir (1980), Carter & McGoldrick (1995). Buscamos também a colaboração de Kalina (1991), que fala sobre a terapia familiar do adicto.

Segundo Capra (1996), a partir da primeira metade do século passado, a mudança do paradigma mecanicista (também conhecido como reducionista, atomístico ou analítico) para o ecológico (também conhecido como holístico, sistêmico ou ecossistêmico) ocorreu de diferentes formas. Na perspectiva mecanicista o pensamento era linear, analítico, de causa-efeito (cartesiano), analisando-se apenas uma parte do todo para concluir-se sobre o todo. Já na perspectiva ecológica, o pensamento é circular e leva em conta as partes e as relações entre as partes para se pensar o todo. Os pioneiros do pensamento sistêmico foram os biólogos, que enfatizavam os fenômenos da natureza como totalidades integradas. Posteriormente, o pensamento sistêmico foi enriquecido pela psicologia da Gestalt (o todo não é o mesmo que a soma das partes), pela ecologia (ciência das relações entre o organismo e o mundo externo) e pela física quântica (a

natureza é composta de uma complexa teia de relações entre várias partes de um todo unificado).

O pensamento sistêmico, de acordo com Papp (1992), está relacionado com os conceitos de totalidade, organização e padronização. Com relação ao conceito de totalidade, na prática clínica, cada situação é estudada dentro do seu contexto, focalizando-se mais as relações do que as características individuais. Cada parte só pode ser entendida no contexto do todo porque o todo é maior do que a soma de suas partes. Desta forma, qualquer mudança em uma parte afeta todas as outras partes. Com relação ao conceito de organização e padronização, o terapeuta familiar não busca uma explicação linear de causa e efeito porque acredita que nenhum comportamento causa outro. Ao invés disso, cada comportamento está ligado de uma maneira circular a outros comportamentos e, com o passar do tempo, estes comportamentos formam padrões repetitivos, que servem para equilibrar a família e permitir que ela evolua. O papel do terapeuta é tentar entender como um determinado comportamento está ligado a outros comportamentos, a fim de preservar o equilíbrio familiar e identificar a função do sintoma dentro do sistema.

Quando o sistema constantemente se estabiliza para manter seu equilíbrio, não é necessária ajuda clínica. Porém, quando a maneira de a família equilibrar-se, inclui um sintoma, é preciso procurar ajuda. Conforme Papp (1992), "...a tarefa do terapeuta é identificar o padrão particular que está relacionado ao sintoma e encontrar uma maneira de mudar este padrão particular" (p.24). A ocorrência de um sintoma pode se dar por causa de uma multiplicidade de eventos que podem abalar os padrões da família em lidar com uma determinada situação.

Andolfi (1996) considera a família como um sistema aberto, auto-regulador e ativo.

A família é considerada pelo autor como um sistema aberto porque as partes estão ligadas no conjunto por regras de comportamento e por funções dinâmicas, em constante interação entre elas e com o exterior, incluindo-se tais sistemas como a escola, o trabalho, o bairro e o grupo no qual ela está inserida. Estas relações interfamiliares condicionam e são condicionadas pelas normas e pelos valores da sociedade, procurando um equilíbrio dinâmico. Portanto, para compreendermos o comportamento dos membros da família, devemos explorar as relações interpessoais e as normas que regulam as vidas dos grupos nos quais estão inseridos, a fim de formularmos intervenções eficazes em situações de necessidade. Estes dados são importantes porque os papéis e os estereótipos sociais influenciam fortemente o núcleo familiar e, reconhecer isto é o primeiro passo para perceber que estes papéis rígidos criam obstáculos a um processo de mudança. Assim, a terapia familiar permite que o *paciente identificado* se re-aproprie da sua capacidade de auto-determinação, num contexto familiar mudado.

A família é considerada pelo autor como um sistema auto-regulador porque é auto-regulado por regras que se desenvolvem e se modificam através de tentativas e erros, definindo o que é permitido na relação e o que não é.

E, finalmente, a família é considerada pelo autor como um sistema ativo porque qualquer mudança como nascimento dos filhos, luto, divórcio, transferências... pode modificar os processos já existentes. Assim, cada tipo de tensão repercutirá no funcionamento do sistema, exigindo uma adaptação que transformará as interações familiares a fim de manter a continuidade da família e o crescimento dos seus membros. E são nestas ocasiões de mudanças, que geralmente surgem problemas porque há uma necessidade de se procurar um novo equilíbrio entre a tendência homeostática e o desejo de transformação. Quando a

família apresenta dificuldades nestes aspectos, o terapeuta deve avaliar a incidência dos fatores que provocam descompensações no funcionamento familiar.

Papp (1992) nos chama atenção para o dilema da mudança: "...se a família é vista como um sistema auto-regulador e o sintoma como um mecanismo de regulação, e, se o sintoma for eliminado, então o sistema estará temporariamente desregulado" (p. 25). Assim sendo, a mudança trará repercussões para o resto do sistema. O terapeuta de família observará que há riscos de surgirem novos problemas, na medida em que os velhos problemas são eliminados. Quando o filho pára de produzir sintoma, o casal poderá entrar em desarmonia, por exemplo. Isso não significa que a família não deva mudar, e sim que as conseqüências da mudança são imprevisíveis e devem ser trabalhadas.

"Quando a família vem para a terapia, seus membros desconectaram o sintoma e estão pedindo ao terapeuta para mudar o sintoma sem mudar o sistema. O terapeuta conecta o sintoma e o sistema para mostrar que um não pode ser mudado sem se mudar o outro, e coloca a família frente a frente com seu próprio dilema. Este *dilema* da mudança e todas as questões pertinentes a ele tornam-se o ponto focal da terapia. A questão terapêutica central não é como eliminar o sintoma, e sim o que acontecerá se este for eliminado; o argumento terapêutico é deslocado do problema, de quem o tem, o que o causou, e como se ver livre dele, para: como a família irá funcionar sem ele, que preço será pago por sua remoção, quem pagará este preço e se vale a pena" (PAPP, 1992, p. 26).

De acordo com Kalina (1991), no trabalho em terapia familiar, a realidade é que não agradamos às famílias, sobretudo quando não fazemos o que querem. As famílias nos procuram para que "curemos" o membro que "não é bom" ou que "não se comporta como deve". Cada família, com suas próprias leis e tradições, estabelece códigos de conduta e não permite que se ultrapasse os limites de sua privacidade, não admitindo que o terapeuta lhes mostre que há problemas nessa

família a exigirem mudanças. Pois é a própria família enferma, com sua estrutura conservadora e autoritária, que estabelece que o “bode expiatório” ou o *paciente identificado* (portador dos sintomas) deve continuar ocupando esse mesmo lugar. Conseqüentemente surgem fortes resistências perante a ação terapêutica.

De acordo com Andolfi (1996), a família saudável é um sistema em constante transformação, pois ela se adapta às diversas fases do seu ciclo de desenvolvimento com o objetivo de assegurar continuidade e crescimento dos seus membros. Isto ocorre através de um equilíbrio dinâmico entre a tendência homeostática (retroação negativa) e a capacidade de transformação (retroação positiva). O comportamento patológico de um dos membros da família, por exemplo, pode ser um mecanismo do tipo homeostático, destinado a salvaguardar o equilíbrio de um sistema “perturbado”. Frequentemente, pode ocorrer de outro membro da família apresentar alguma perturbação psicossomática no momento em que aquele que apresentava comportamento patológico. Por isso, é como se o *paciente identificado* tivesse que permanecer com o comportamento patológico para camuflar ou desviar o foco de outras problemáticas, e manter o funcionamento do sistema.

A terapia familiar difere das outras terapias no que diz respeito ao campo de intervenção, havendo um deslocamento do foco individual para o foco familiar. “O mundo interior dos processos intrapsíquicos é substituído por um mundo de comportamentos interativos, observados no seu contexto temporal e espacial” (ANDOLFI, 1996, p.22). Assim, esta abordagem preocupa-se mais com os acontecimentos e as pessoas em função da dinâmica interativa, do que pelos seus significados intrínsecos.

De acordo com Andolfi (1996), na intervenção sistêmica, o terapeuta convoca a família completa e estabelece um contrato confidencial, criando um contexto

tranqüilizante e colaborativo. O próximo passo é verificar os problemas reais da família. Aos poucos, os problemas de interação vão sendo evidenciados, tornando-se o eixo do processo terapêutico. Desta forma, no primeiro momento, o terapeuta torna-se um consultante dos problemas que a família trás à terapia. E depois, torna-se um supervisor dos esforços desenvolvidos por ela no decorrer da terapia, onde cada membro terá um compromisso de colaboração e uma implicação na conquista do objetivo acordado. A finalidade da terapia é oferecer à família uma alternativa para o problema que ela apresenta, clareando e modificando o seu significado. O terapeuta também atribui aos membros da família, a tarefa de procurarem soluções possíveis ao problema, haja vista que a terapia familiar é desenvolvida no próprio sistema e todos são co-responsáveis pelas próprias mudanças.

Satir (1980) enfatiza a importância da comunicação no comportamento interacional e postula a idéia de que a doença familiar é derivada de métodos inadequados de comunicação entre os membros da família. Os membros de famílias funcionais se manifestam com clareza, deixando aparecer abertamente o que pensam e sentem; empregam efetivamente seus recursos para solucionar os problemas do grupo familiar; ao mesmo tempo, preocupam-se com as necessidades emocionais de cada membro. Já os membros de famílias disfuncionais não conseguiram aprender a se comunicar adequadamente, emitindo e interpretando mensagens de forma incongruente.

Seguindo o pensamento de Minuchin (1982), a família é a matriz da identidade, que deve proporcionar a seus membros uma individualidade dando, ao mesmo tempo, um sentido de pertencimento e de ser separado.



Conforme Minuchin (1982), “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem” (p. 57). A família opera através de padrões transacionais, ou seja, operações repetidas, como se fosse um piloto automático, que regulam o comportamento dos membros da família e estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar. Por exemplo, todos os dias depois da escola, o pai diz ao seu filho para fazer as tarefas e ele obedece. Estes padrões são mantidos por dois sistemas de repressão: genéricos e idiossincrásicos. Os genéricos envolvem regras universais como hierarquia de poder entre pais e filhos; e os idiossincrásicos envolvem expectativas mútuas de membros da família. “A origem destas expectativas está mergulhada em anos de negociação explícita e implícita entre os membros da família, freqüentemente em torno de pequenos eventos cotidianos” (Minuchin, 1982, p. 57).

Quando surgem situações de desequilíbrio no sistema, a família deve ser capaz de se adaptar e ter flexibilidade para mobilizar padrões alternativos para se reestruturar, ao invés de tornar-se resistente à mudança. Se a família não consegue se reorganizar de forma saudável, uma boa alternativa é procurar terapia. Geralmente a família quer resolver o problema, não querendo, no entanto, mudar os seus padrões transacionais. Mas a mudança no paciente identificado dependerá, também, da mudança da família.

A terapia familiar, de acordo com Carter & McGoldrick (1995), também leva em conta a evolução do ciclo de vida familiar, verificando os sintomas e as disfunções em relação ao funcionamento normal ao longo do tempo, a fim de avaliar o desenvolvimento da família. Estas autoras também são da opinião de que a família

é mais do que a soma de suas partes. “O ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano” (Carter & McGoldrick, 1995, p.8). Segundo elas, a transição de um estágio para outro no processo de desenvolvimento do ciclo de vida, geralmente é estressante e, quando há uma interrupção nesta transição, podem aparecer sintomas.

Segundo Carter & McGoldrick (1995), os estressores podem ser tanto verticais quanto horizontais. Os estressores verticais incluem padrões de relacionamento e funcionamento como atitudes, mitos, segredos, tabus, expectativas e rótulos que são transmitidos para as gerações seguintes. Os estressores horizontais são os estresses produzidos conforme a família avança no tempo e nas transições do ciclo de vida. Eles podem ser predizíveis (transições do ciclo de vida) ou imprevisíveis (morte, doença, acidente).

A família, segundo Carter & McGoldrick (1995), compreende o sistema emocional de pelo menos três gerações, pois as famílias nucleares são subsistemas emocionais, reagindo aos relacionamentos passados, presentes e antecipando futuros. Através dos mitos e crenças, “herdados” de gerações anteriores, uma família pode influenciar seus membros a produzirem um determinado comportamento. Se, por exemplo, os pais de José lidaram de forma excessivamente ansiosa durante sua adolescência, provavelmente ele poderá ter uma ansiedade aumentada na transição de seu filho da infância para a idade adulta. Isso mostra que quanto maior a ansiedade gerada na família em qualquer ponto de transição, mais difícil ou disfuncional será a transição.

Em outro exemplo, na família de Pedro, seu avô cometeu suicídio porque perdeu tudo com a administração mal-sucedida de sua empresa. A partir disso, a família passou a depositar expectativas nos homens para que fossem bem

sucedidos. Porém, diante qualquer dificuldade que surgisse, temiam pelo suicídio. Tudo isso influenciou o comportamento de Pedro que, quando se deparava com alguma dificuldade, entrava em depressão. A família não percebe a sua influência no comportamento do rapaz, precisando de ajuda para entender a estrutura do ciclo de vida familiar. Geralmente, as famílias não possuem esta visão temporal quando estão envolvidas em problemas. Assim sendo, elas tendem a magnificar o momento presente, imobilizadas por seus sentimentos, ou elas fixam-se num momento futuro pelo qual temem ou anseiam.

A vida significa um contínuo movimento desde o passado e para o futuro, com uma constante transformação dos relacionamentos familiares. Quando isto está distorcido, a função da terapia familiar sistêmica é resgatar o senso de vida como um processo desde o passado e rumo ao futuro, viabilizando a mudança.

## 5.2. Alcoolismo:

Segundo Caldas (1998), alcoolismo é uma doença decorrente da ingestão de álcool por longo período de tempo, manifestando-se nos indivíduos que apresentam predisposição genética e constituição psíquica favorável. Ocorre compulsão pelo álcool, desencadeando-se dependência física e alienação mental. A dependência se instala sutilmente, sem o que o indivíduo percebe, onde o álcool funciona como um paliativo que traz alívio ilusório para as tensões geradas pelas dificuldades de relacionamento dentro e fora da família. O dependente bebe praticamente diariamente, não importando se sozinho ou acompanhado, com motivo ou sem.

Quando se fala dos problemas relacionados com o álcool é importante distinguir os termos uso, abuso e dependência.

Uso: se refere a qualquer ingestão de álcool. A Organização Mundial de Saúde (OMS) usa o termo “baixo risco de uso de álcool” para se referir à ingestão de álcool dentro dos parâmetros médicos e legais que geralmente não resulta em problemas relacionados ao álcool.

Abuso: é um termo geral para qualquer nível de risco, desde a ingestão aumentada até a dependência do álcool. O abuso de álcool pode produzir danos físicos ou mentais à saúde sem a presença de dependência.

Dependência: é uma síndrome que consiste em sintomas cognitivos, comportamentais, e psicológicos. O diagnóstico da dependência do álcool deve ser

feito apenas se três ou mais das seguintes situações foram experimentadas ou exibidas durante um período de 12 meses:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para beber;
- Dificuldades em controlar a ingestão de álcool, em relação ao seu início, término, ou nível de uso;
- Alteração psicológica quando o uso de álcool é cessado ou reduzido, ou uso de álcool para aliviar ou evitar sintomas de alterações psicológicas.
- Evidência de tolerância, como doses cada vez maiores para atingir os mesmos efeitos causados pelas doses menores anteriores;
- Perda progressiva de interesse por atividades antes realizadas ou por outras fontes de prazer devido ao uso do álcool;
- Uso contínuo mesmo com claras evidências das conseqüências danosas.

De acordo com Sudbrack (2000), ao propor uma Classificação Internacional das Doenças (CID), a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas na categoria Transtornos Mentais e de Comportamento. A partir dessa classificação, os problemas causados pelo abuso de drogas foram incluídos nas categorias seguintes:

**Intoxicação aguda:** estado decorrente do consumo exagerado de álcool e de outras drogas em um curto espaço de tempo e que pode produzir alterações de consciência, de compreensão, de percepção, de afeto ou de comportamento.

**Uso nocivo:** padrão de consumo de álcool e de outras drogas que causa dano à saúde física, psíquica e as relações familiares e sociais do indivíduo.

**Síndrome de dependência:** conjunto de fenômenos orgânicos, comportamentais e cognitivos que se caracteriza pela presença de três ou mais dos

seguintes sintomas: forte desejo ou compulsão para consumir a droga; dificuldade de controlar o comportamento de consumir a droga; abstinência fisiológica; evidência de tolerância; abandono progressivo dos prazeres e do interesse pela vida em favor do uso da droga; persistência no uso da droga, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas.

Estado de abstinência: conjunto de sintomas, de gravidade variável, que ocorre na falta absoluta ou relativa da droga, após uso repetido e prolongado com altas doses de uma substância.

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Alcoolismo ou Síndrome da Dependência do Álcool significa:

Estado psíquico e também geralmente físico resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente (Caldas, 1998, p. 49).

Desta forma, verificamos que o Alcoolismo é uma doença Bio-Psico-Social compulsiva, na qual o dependente bebe de forma periódica, e seu uso pode ou não deixá-lo embriagado. A dependência caracteriza-se pelo relacionamento anormal homem-álcool. É algo fora da normalidade, pois o bebedor perde o poder de decidir entre beber ou não beber. Ele bebe sempre, descontroladamente, para suprir sua necessidade física e psíquica, que acaba gerando problemas de ordem moral, profissional, financeira e familiar.

Dependência Física é a necessidade que o organismo tem de abastecer-se de determinada substância. No caso do álcool, sua dependência apresenta os seguintes sintomas: sudorese, calafrios,

mal-estar, náuseas, convulsões, coma alcoólico, entre outros (Caldas, 1998, p. 52).

A Dependência Psíquica é observada no modo pelo qual o alcoólico procede frente ao álcool. Bebe em várias ocasiões sem respeitar horário ou ambiente. E quando todas as pessoas já pararam de beber, o alcoolista continua com o copo na mão até que seque a garrafa (Caldas, 1998, p. 52).

De acordo com Caldas (1998), o alcoolismo se caracteriza por ser uma doença sintomática, progressiva, incurável, fatal e estacionária. É considerada sintomática porque apresenta vários sintomas específicos, tais como andar cambaleante, rosto vermelho e inchado, mãos trêmulas, olhos irritados, relaxamento na aparência pessoal, escoriações freqüentes, hálito etílico, emagrecimento, falta de apetite, faltas ao trabalho, sudorese, náuseas matinais, nervosismo, diarréia, taquicardia, falta de concentração, insônia, ansiedade etc. É considerada progressiva porque, com o passar do tempo, a quantidade e a freqüência aumentam gradativamente, enquanto o organismo perde a resistência ao álcool. É considerada incurável porque, mesmo que o bebedor fique abstinência por longo tempo, caso volte a beber, tomará a mesma quantidade que bebia quando parou. Uma vez alcoolista, sempre alcoolista. É considerada fatal e, conforme a Organização Mundial de Saúde, o Alcoolismo é a terceira doença que mais mata no mundo atualmente. E, finalmente, é considerada estacionária porque basta não beber que a doença não se manifesta.

O álcool é o principal objetivo da vida de um alcoolista. Porém, como a sociedade não aceita este fato, o dependente cria meios de defesa para permanecer bebendo sem ser criticado, tais como: negação, quando ele nega que é alcoolista e diz que para quando quiser; projeção, ocasião em que ele atribui a responsabilidade

do seu ato de beber a outras pessoas; e racionalização, situação na qual ele tenta justificar a razão do seu beber anormal.

Segundo Colavitti (2006), há uma relação causal entre o álcool e mais de sessenta tipos de doenças. Ele é apontado como causa de 20% a 30% dos cânceres de esôfago e fígado, além de ataques epiléticos, acidentes de carro e homicídios.

Conforme Caldas (1998) as doenças mais comuns decorrentes do alcoolismo são: amnésia alcoólica, artrite, cirrose hepática, depressão, desnutrição, distúrbios cardiovasculares, gastrite, hepatite, hipertensão, impotência sexual e psicose alcoólica.

É comum que, na adolescência, os jovens motivados pela timidez e medo do contato social, façam uso de bebidas alcoólicas para desinibir, dar coragem e confiança em si mesmo. O primeiro contato com o álcool muitas vezes acontece dentro da própria família, em comemorações como festas de aniversários, casamentos etc., através de inocentes goles dos copos dos adultos. O exemplo do pai que chega em casa depois do trabalho e toma uísque para relaxar, também pode despertar a curiosidade das crianças conforme o relato a seguir:

Eu adorava o cheiro do uísque que meu pai bebia ao chegar do trabalho. Com 9 anos, eu e minha irmã experimentamos. Ela vomitou e não bebeu mais. Eu achei ruim, mas depois curti a tontura. Queria ser astronauta e, quando bebia, me imaginava flutuando. Passei a beber toda tarde, chegando da escola, e aí dormia. Minha mãe achava que era porque eu levantava cedo. Aos 12, repeti de ano e minha irmã contou que eu não estudava porque dormia a tarde toda depois de beber. Minha mãe jogou as bebidas fora. Besteira. Fiz amizade com um pessoal mais velho e bebo com eles. Não sou dependente. Larissa\*, 14 anos (Revista Cláudia, Março 2008, p. 160).

---

\* Nome trocado para preservar a identidade do entrevistado.



De acordo com Lakatos e Mello (2008), quando a família tem regras bem claras e definidas, estabelece que é proibido menor experimentar ou tomar bebida alcoólica, bebe-se apenas em ocasiões especiais e bebedeiras não são aceitas, o adolescente tende a adotar esse padrão. Mas quando os pais estressados só relaxam e tornam-se receptivos depois de consumirem álcool, passam aos filhos a imagem distorcida de que o álcool soluciona problemas.

Segundo Kalina (1991), nas famílias que geram adictos, sempre está presente o modelo adictivo; ou seja, um modelo de recorrer aos tóxicos para enfrentar os problemas, com significados particulares e com uma intensidade muito maior da que ocorre nas outras famílias. A maioria dos adictos é de família de alcoolistas e/ou fumantes, ou de consumidores de psicofármacos. Em suas casas, é comum ver pessoas bebendo e/ou fumando perante qualquer ansiedade e com qualquer tipo de racionalização, como por exemplo, o pai que chega em casa e toma uísque “para relaxar”. É comum também vê-los recorrendo a remédios para tudo. A presença indutora de modelos psicotóxicos está sintetizada na mensagem contraditória que diz: “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço.” Essa discordância entre o que se diz e o que se faz é importante indutora do uso abusivo de drogas. Recomenda-se investigar, através da terapia, a presença de drogas tanto lícitas quanto ilícitas e também de segredos na família. O potencialmente adicto aprendeu a desqualificar a linguagem verbal, vivenciando como se os pais fossem “mentirosos”, e a “mentira” se converte no seu sintoma.

Por estas razões é que entre os objetivos a serem almejados nos tratamentos está o da “busca da sinceridade”, tanto pessoal como familiar e social. “Sincero” provém etimologicamente de sin-cera, conceito que nos remete à atitude de retirar a cera da máscara, leia-se personalidade, com a que nos apresentamos na vida (Kalina, 1991, p. 32).

Alguns aspectos históricos são relevantes para entendermos o aumento do consumo de álcool ao passar dos anos e, conseqüentemente, do número de pessoas que passaram a apresentar problemas decorrentes da bebida.

De acordo com o Livreto sobre Drogas (2003) do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelo ser humano datam de aproximadamente 6000 a.C. É um costume bastante antigo e que tem persistido por milhares de anos. Em inúmeros exemplos na mitologia, o álcool é encontrado como uma substância divina, sendo talvez um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber, ao longo do tempo. Inicialmente, as bebidas tinham conteúdo alcoólico baixo, como, por exemplo, o vinho e a cerveja, já que dependiam exclusivamente do processo de fermentação. Com o advento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas em sua forma destilada. Nessa época, esse tipo de bebida era considerado um remédio que dissipava as preocupações e aliviava a dor de forma mais eficiente. A partir da Revolução Industrial, registrou-se grande aumento na oferta desse tipo de bebida, contribuindo para um maior consumo.

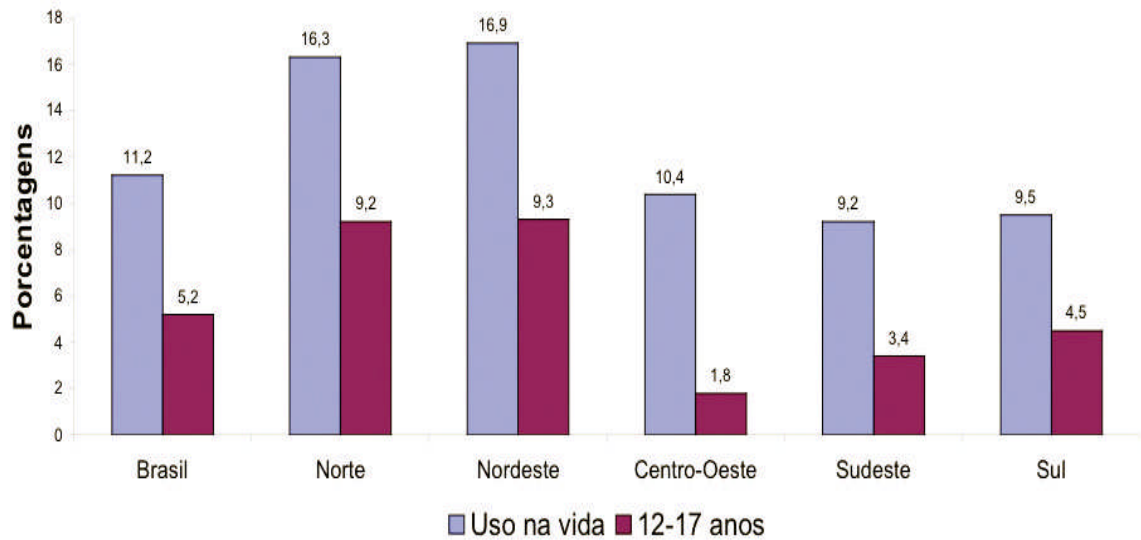
Seguem abaixo dados estatísticas sobre o alcoolismo no Brasil conforme Caldas (1998):

- 15 milhões é o número de alcoolistas no país, ou seja, cerca de 10% da população;
- 3 milhões de alcoolistas procuraram tratamento especializado em 1995;
- 70% dos acidentes de trânsito com vítimas fatais tem alcoolistas envolvidos;
- 60% das ocorrências policiais são provocadas por alcoolistas;
- 50% dos atendimentos clínicos são devido a problemas diretos ou indiretos de alcoolismo;

- 40% das consultas psiquiátricas pagas pelo INSS são para alcoolistas;
- 40% dos acidentes de trabalho são provocados por alcoolistas;
- De 100 alcoolistas, apenas 5 chegam a completar 40 anos de idade e apenas 1 consegue passar dos 45;
- É a 3ª doença que mais mata;
- É o 3º maior motivo de falta ao serviço;
- US\$ 3,8 bilhões foi quanto o governo gastou com o alcoolismo em 1990, ou seja, 5,4% do PIB.

Segundo Galduróz et al. (2004), os estudos epidemiológicos (estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde de uma dada população) mais abrangentes do uso de álcool na população geral foram os realizados pelo CEBRID. Um amplo estudo domiciliar englobou 107 cidades totalizando 47.045.907 habitantes, ou seja, 27,7% do total do Brasil. A amostra totalizou 8.589 entrevistados. O uso de álcool pela população total foi de 68,7%. Nas faixas etárias entre 12 e 17 anos, 48,3% dos entrevistados já usaram bebidas alcoólicas. Conforme a Figura 1, a prevalência da dependência de álcool foi de 11,2%, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. A prevalência de dependentes foi mais alta nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16%. Fato mais preocupante é a constatação de que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) eram dependentes do álcool. No Norte e Nordeste, essa porcentagem ficou próxima dos 9%.

**Figura 1 – Comparações das porcentagens de dependentes de álcool na amostra geral e entre aqueles de faixa etária de 12 a 17 anos, no Brasil e nas cinco regiões brasileiras, das 107 maiores cidades do país – 2001**



Lakatos & Mello (2008) também informam dados do CEBRID que afirmam que entre 12 e 17 anos, 54% dos adolescentes já experimentaram álcool e 7% apresentam um padrão de uso abusivo (20 ou mais vezes no mês). Isto é preocupante, pois quanto mais precoce o consumo, maior o risco de dependência. Estudo da psiquiatra Susan Tapert, da Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos, aponta que 47% dos adultos que começaram a beber antes dos 14 anos se tornaram dependentes, contra 9% dos que tiveram contato com álcool depois dos 21 anos. O mais preocupante é que jovens com histórico de bebedeiras apresentam dano irreversível no hipocampo, região do cérebro responsável pela memória e ainda em desenvolvimento na adolescência. O abuso aumenta também a propensão a comportamentos de risco, como brigas e sexo sem proteção. Existe relação direta entre o abuso de álcool com o uso de drogas mais pesadas, pois dos adolescentes

que bebem em excesso, 16% começam a utilizar droga ilícita após dois ou três anos de consumo.

Todos estes conceitos nos remetem a um fator social importante que é a desumanização da nossa cultura. Ocorre uma inversão de valores, onde o ser humano e a natureza perdem lugar para a luta pelo poder, para a guerra, bombas e violência. Neste mundo desumanizado, com muita gente mal-estruturada, com carências e depressões, surge a droga como “solução ilusória”. Como os valores humanos e afetivos foram deixados de lado, as drogas “estimulam” e substituem a estima.

### 5.3. Alcoolismo e Ciclo de Vida Familiar:

De acordo com Carter e McGoldrick (1995), ao avaliarmos um problema de alcoolismo, devemos levar em conta questões desenvolvimentais do ciclo de vida familiar. Cada alcoolista afeta diretamente a vida de pelo menos quatro ou cinco outras pessoas. A disfunção para o indivíduo e a família ocorre ao longo do tempo e sua intensidade está relacionada aos estresses do ciclo de vida presentes no início do beber problemático. Por exemplo, o beber pode se tornar problemático para a mulher que começar a beber em um estágio do ciclo de vida durante o qual ocorre ajustamento de papel como no início do casamento, da maternidade ou da menopausa.

Conforme Carter & McGoldrick (1995), os alcoolistas e os membros de suas famílias apresentam questões particulares em cada estágio específico do ciclo de vida, como veremos a seguir:

#### **Jovem Adulto Solteiro:**

Segundo Carter & McGoldrick (1995), nesta fase, a principal tarefa é diferenciar-se da família de origem. Porém, o alcoolismo complica esta tarefa de *diferenciação* - capacidade do indivíduo em funcionar de forma autônoma, com maturidade emocional e independência, separando-se gradativamente da família de origem - e dificulta a realização das tarefas desta idade tais como: escolha ocupacional, escolha do futuro parceiro e solidificação de um senso de identidade.

Geralmente, quando aparecem problemas com álcool, as *fronteiras familiares* são *rígidas* ou *difusas* demais e os papéis estão trocados ou inadequados. De acordo com Minuchin (1982), *fronteiras* são barreiras emocionais que definem quem

participa e como, a fim de proteger e aumentar a integridade dos indivíduos, dos subsistemas e do sistema. Existem três tipos de fronteiras: *fronteiras nítidas*, quando os membros do sistema familiar usam regras claras de funcionamento intra e intersistemas; *fronteiras difusas*, quando utilizam regras pouco claras; e *fronteiras rígidas*, quando utilizam regras inflexíveis.

Uma família em funcionamento normal, possui fronteiras nítidas entre os subsistemas, protegendo a diferenciação do sistema, possibilitando autonomia entre seus elementos ao mesmo tempo que mantém o senso de pertencimento ao próprio sistema familiar. Em famílias de alcoolistas, as fronteiras geralmente são rígidas, em que, por exemplo, o subsistema mãe-filhos tende a ser emaranhado enquanto as crianças são pequenas e o pai pode assumir uma posição desligada em relação aos filhos. A fronteira do subsistema conjugal deve protegê-lo da interferência e das exigências e necessidades dos outros sistemas, possibilitando que os cônjuges criem um território psicossocial e apoiem um ao outro. No entanto, isto raramente acontece nos casais nos quais um dos elementos é alcoolista.

Para Carter & McGoldrick (1995), o alcoolismo, assim como a violência e o incesto, freqüentemente é um segredo que contribui para o isolamento em relação à família ampliada e à comunidade. O jovem adulto que passou seus anos formativos num ambiente familiar disfuncional, aprendeu a sobreviver dentro do sistema, sem aprender a separar-se dele. Crescer num sistema alcoolista influencia nas adaptações e na capacidade de lidar com as situações por todo o ciclo de vida.

Conforme Carter & McGoldrick (1995), existem três possibilidades de *diferenciação* para o adulto jovem solteiro com alcoolismo na família de origem: (1) tornar-se alcoolista, assumindo uma falsa posição de diferenciação; (2) perpetuar o

funcionamento super-responsável e casar-se com um alcoolista; (3) romper emocionalmente com a família.

Adultos que cresceram em famílias onde um ou ambos os pais ou responsáveis são alcoolistas, podem ter sofrido abuso físico ou incesto e apresentam maior probabilidade de desenvolverem distúrbios alimentares, fobias, depressão e adições a outras drogas. A maioria destes adultos não tem consciência da influência significativa do alcoolismo em suas vidas e bloqueiam seu reconhecimento através de defesas como negação, orgulho ou defensividade. A intensa disfunção na família com problemas de alcoolismo, resulta numa visão distorcida de si e do seu papel dentro da família. Nas famílias em que ambos os pais são alcoolistas, a situação piora e geralmente os filhos mais velhos, especialmente as filhas mais velhas, assumem o papel de funcionar exageradamente.

Em geral, o gênero e a ordem do nascimento afetam os padrões de super e sub-responsabilidade – as mulheres, principalmente, se tornam as cuidadoras emocionais super-responsáveis nas famílias, a menos que o primogênito seja homem ou o timing do alcoolismo e a triangulação em torno dele tenha seu principal impacto, em termos desenvolvimentais, num filho homem nascido num momento posterior na história da família. Tanto os homens quanto as mulheres podem responder às pressões da super-responsabilidade. Poderíamos generalizar que aquela pessoa com um papel predominantemente sub-responsável provavelmente começará a beber em fases iniciais do ciclo de vida, como na adolescência, ao passo que aquela que assumiu um papel super-responsável começa a beber mais tarde na vida, tipicamente, em resposta às responsabilidades e pressões impostas pelas exigências adicionais dos estresses desenvolvimentais de sua vida adulta (Carter & McGoldrick, 1995, p. 422).

### **O Novo Casal:**

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), as maiores armadilhas para o novo casal são as expectativas, os problemas de *fronteiras* com a família ampliada e



a tendência a *triangular* para estabilizar o relacionamento conjugal, através de um foco numa terceira pessoa ou no álcool, por exemplo. A *triangulação* é a configuração emocional de três pessoas, na qual ocorre muita tensão entre duas pessoas (o casal, por exemplo) e a terceira pessoa (um filho, por exemplo) é *envolvida no conflito* para reduzir a tensão do sistema.

Segundo Minuchin (1982), no início do casamento, o casal enfrenta muitas expectativas e tarefas. Os cônjuges desenvolvem uma acomodação mútua em um grande número de pequenas rotinas, como por exemplo, rotinas com horários para dormir, para acordar, para fazer as refeições, para terem relações sexuais, para passearem juntos etc. Assim, o casal vai desenvolvendo um conjunto de *padrões transacionais* - maneiras pelas quais cada cônjuge desencadeia, controla, influencia e é influenciado pelo comportamento do outro - neste processo de acomodação mútua. “Estes *padrões transacionais* formam uma rede invisível de exigências complementares, que regulam muitas situações familiares” (MINUCHIN, 1982, p. 26).

Uma das tarefas mais importantes é a separação da família de origem, através do exercício de autonomia, do desenvolvimento de regras próprias e da negociação de uma relação diferente com os pais, irmãos e parentes. As lealdades devem mudar, pois o compromisso fundamental passa a ser o matrimônio e a família deve aceitar isto. O alcoolismo pode aparecer nesta época por dificuldades de enfrentamento dessas questões típicas deste período, interferindo nas tarefas de separação da família de origem, de formação de *fronteiras*, de formação de papéis e de regras adequadas dentro do casamento. Assim sendo, as interações que vão se formando em torno do uso do álcool se transformam numa incapacidade de resolver questões de diferença, poder e intimidade.

Os relacionamentos conjugais afetados pelo alcoolismo possuem as seguintes características: intenso conflito, competitividade, dependência clara ou encoberta por parte de ambos, desequilíbrio na complementaridade de papéis e infidelidade.

Mesmo quando nenhum dos membros do casal beba, se um ou ambos possuem progenitores alcoolistas, há possibilidade de se reproduzir uma dinâmica semelhante a observada no relacionamento de seus pais.

O uso do álcool freqüentemente funciona para permitir que o indivíduo expresse impulsos que, em estado sóbrio, consideraria inadequado para seu esteriótipo de comportamento masculino ou feminino. Por exemplo, a bebida pode permitir que um homem chore, enquanto que, em estado sóbrio, para ele, é inadmissível um homem chorar.

O abuso do álcool compromete o processo de *diferenciação*, no qual o senso das próprias preferências comportamentais e identidade de papel sexual não se desenvolvem, e o indivíduo fica sem liberdade para expressar aspectos mais “masculinos” ou mais “femininos” de sua própria personalidade porque vão contra sua construção social do que é aceito ou não para cada gênero (feminino e masculino). Como a comunicação e a consciência das necessidades e sentimentos estão distorcidas, o casal não consegue desenvolver uma estrutura funcional para lidar com as demandas da vida familiar.

Segundo Kalina (1991), na estruturação do casal surge uma dialética entre os papéis assumidos e os papéis esperados. Porém, estes papéis nem sempre se definem com tanta clareza, surgindo mal-entendidos no jogo de interações. A estrutura familiar de famílias de adictos caracteriza-se por mal-entendidos, fundados

em mentiras ou enganos. A problemática da mentira na família do adicto é fundamental, lembrando que a palavra droga etimologicamente significa mentira.

### **Família com Filhos Pequenos:**

O nascimento do primeiro filho é comumente um evento estressante do ciclo de vida porque caracteriza uma mudança radical na organização familiar. Conforme Minuchim (1982), os cuidados para com o bebê requerem uma mudança nos *padrões transacionais* do casal, que deve diferenciar suas funções de esposos para satisfazer as exigências físicas e emocionais da criança. Este período também requer uma re-negociação dos limites com a família ampliada.

Mas, quando uma criança exige atenção, pode ocorrer distanciamento entre os parceiros e despertar conflitos que, antes da paternidade, eram mais facilmente resolvidos. Neste momento, a bebida pode representar uma tentativa de lidar com os sentimentos de isolamento e inadequação em relação às responsabilidades da criação dos filhos.

O alcoolismo materno provoca síndrome alcoólica fetal que consiste em deficiência mental, deficiência de crescimento e morfogênese alterada. Os efeitos da bebida e os comportamentos adaptativos desenvolvidos pelo cônjuge em resposta ao alcoolismo tendem a criar padrões interacionais prejudiciais, nos quais as crianças são profundamente afetadas e acabam refletindo isso de diversas formas, inclusive com problemas escolares (Carter & McGoldrick, 1995).

Estas famílias freqüentemente são encaminhadas para tratamento por instituições em virtude de dificuldades de aprendizagem, delinqüência, negligência ou abuso. A família deve garantir a segurança emocional e física da criança, além de um ambiente apropriado para que as tarefas desenvolvimentais possam ser

completadas e sua infância não seja roubada. O Art. 4º e o 5º do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), afirmam que esses direitos devem ser garantidos à criança, conforme abaixo:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, 2001, p.23).

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (ECA, 2001, p.23).

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), o alcoolismo na família, seja no pai ou na mãe, desencadeia inversão de papéis, em que os filhos passam a desempenhar papéis paternos ao invés de desempenharem papéis de filhos. Na tentativa da criança de lidar com essa desorganização familiar, ela acaba produzindo um padrão de comportamento de super ou sub-responsabilidade, como já vimos antes. Como o foco do alcoolista é o álcool e não os cuidados para com a criança, suas necessidades normais de dependência não são satisfeitas e a criança acaba experienciando sentimentos de tristeza, de perda, de “diferença” dos outros, ansiedade excessiva e preocupação, já que o clima no lar, geralmente é de desconfiança, culpa e raiva, ocorrendo comumente negligência, espancamento e/ou abuso sexual.

Um ponto importante apontado por Kalina (1991), é o fato de geralmente adictos terem sofrido abandonos manifestos desde o princípio da vida pós-natal. Provavelmente, a criança abandonada também era super exigida, pois o bebê era atendido quando a mãe necessitava dele e não quando ele necessitava da mãe.

### **Família com Adolescentes:**

As crianças se tornam adolescentes. Segundo Minuchin (1982), a família precisa se adaptar e se reestruturar, pois as mudanças requerem acomodação contínua. A família deve encorajar e apoiar o crescimento de todos os seus membros.

Porém o alcoolismo dificulta o processo de *diferenciação* dos membros da família, bem como uma reestruturação saudável.

O alcoolismo pode apresentar-se no adolescente ou na geração paterna, mas geralmente os dois estão correlacionados e pode ser decorrência da dificuldade em enfrentar as tarefas desenvolvimentais naturais do período .

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), é comum que alguma disfunção na família, como por exemplo, regras inadequadas, violação de fronteiras, *triangulações* (configuração emocional de três pessoas, na qual ocorre tensão entre duas delas e a terceira tem a função de reduzir a tensão) ou conflitos entre os cônjuges, só emerja quando os filhos atingem a adolescência. Nesta fase, questões como regras hierárquicas, autoridade, autonomia e sexualidade ameaçam o senso de adequação dos pais e podem reacender conflitos de identidade não-resolvidos na sua própria adolescência. Neste período de mudanças na família, o alcoolismo paterno é relatado como tendo se tornado problemático e o alcoolismo adolescente representa seu intenso conflito em relação à *diferenciação*, sexualidade e adequação de papel sexual (Carter & McGoldrick, 1995).

Segundo Kalina (1991), o filho vai crescendo, torna-se adolescente e, no processo de autonomia, vai recebendo mensagens contraditórias: “não te diferencies”, “fica comigo”. Estas mensagens ensinam que Ser e tornar-se

independente significam causar uma catástrofe no núcleo familiar. Ele vai aprendendo modelos em que todos os valores de uma vida autônoma são desqualificados. Assim, autonomia e liberdade é algo ruim, mas dependência e submissão é bom. Como são famílias com uma profunda estrutura simbiótica e a delimitação do *self* de um não está bem distinta da delimitação do *self* do outro, o funcionamento faz-se por invasões que borram os limites entre uns e outros, em que a manipulação torna-se uma forma paradigmática de relacionamento. Ao invés de ser um Ser-para-a-vida, o adicto é um Ser-para-o-sistema. Desta forma, os pais aprendem a fazer “vista grossa” para o abuso de drogas e o adicto aprende a fazer “vista grossa” para sua destruição.

### **Lançando os Filhos e Seguindo em Frente:**

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), esta fase é conhecida como “ninho vazio” e começa com a saída dos filhos de casa (através de casamento, faculdade, morte) e termina com o casal vivendo sozinho. Neste período, o casal estabelece-se novamente como uma díade conjugal e é forçado a enfrentar questões que não foram resolvidas anteriormente no casamento.

Desta forma, nesta fase, o alcoolismo pode representar:

1. Uma tentativa de evitar algumas questões;
2. Uma substituição dos filhos na triangulação;
3. Um foco de preocupação para o cônjuge que não bebe, mas que antes da saída dos filhos tolerava o alcoolismo;
4. Uma necessidade de evitar a intimidade;
5. Uma intolerância com o alto grau de fusão no relacionamento;

6. Uma dificuldade em lidar com situações típicas da meia-idade como a morte dos pais e a perda de apoio na família ampliada;
7. Conflitos e diferenças relacionados aos papéis sexuais e a disputas pelo poder;
8. Depressão;
9. Problemas econômicos ou fisiológicos.

### **Alcoolismo e Divórcio:**

Freqüentemente o alcoolismo leva ao divórcio e vice-versa. Pessoas divorciadas correm um risco maior de desenvolver problemas com o álcool.

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), clinicamente, o índice de divórcio é maior nos primeiros estágios da sobriedade do que quando o bebedor está ativo, devido à reação à remoção do álcool. Isto pode ocorrer porque a família está organizada em torno do sintoma (alcoolismo), no qual o álcool tornou-se um mecanismo de regulação deste sistema. Porém, quando o sintoma é eliminado, o sistema fica temporariamente desregulado e a família precisa se reorganizar em torno da sobriedade. Para que isso ocorra de forma saudável, a interação distorcida e disfuncional da família precisa ser tratada. Quando a família não consegue se reorganizar e lidar com as repercussões da mudança, há riscos de surgirem novos problemas como a desarmonia entre o casal, por exemplo. Assim sendo, o divórcio pode ser uma consequência. A fase do ciclo de vida em que existe maior probabilidade de divórcio é na adolescência dos filhos, pois é uma fase de muitas mudanças que exigem adaptação e acomodação contínua, conforme já foi explicado anteriormente.

### **Família no Estágio Tardio da Vida:**

Discutiremos nesta fase do ciclo de vida, o impacto do alcoolismo sobre a pessoa idosa e os problemas que ele pode trazer para os parentes mais jovens.

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), a família precisa se adaptar à mudança de poder dos membros mais velhos para os mais jovens. A geração do meio enfrenta a perda dos pais através da morte ou do funcionamento limitado e a geração mais velha enfrenta múltiplas perdas, como: de *status* de papel, de capacidade física e mental, da identidade profissional, de poder e do cônjuge. Além destas mudanças, o idoso é caracterizado por um isolamento em relação ao apoio da família, afetando significativamente seu ajustamento a esta fase do ciclo de vida. Perante estes aspectos, vimos que nossos padrões sociais geralmente ignoram as dificuldades da velhice, inclusive o alcoolismo, que muitas vezes é considerado irremediável.

O abuso do álcool pela pessoa idosa pode funcionar para suprimir conflitos relacionados às mudanças nas expectativas de papel no casamento e ajudar a lidar com sentimentos de isolamento e de inadequação associados à perda de papel em virtude da aposentadoria. O contato menos freqüente com os membros da família ampliada ou a experiência de não ser uma parte significativa de suas vidas pode aumentar as chances de um beber problemático. Diante das mudanças que ocorrem na velhice, é comum a pessoa idosa criar uma expectativa de reversão de papel e esperar que os filhos fiquem super-responsáveis por ela. Porém, o não suprimento dessas expectativas, pode levar o idoso a ter um comportamento sub-responsável de beber, aumentando ainda mais seu isolamento.

O beber problemático que começa antes dos 65 anos (início precoce) e progride a partir desta idade, caracteriza-se por um isolamento quase total, com



tentativas súbitas de reparar rompimentos. Já o beber depois dos 65 anos (tardio), é o mais comum e tem melhor prognóstico já que responde melhor às tentativas terapêuticas de aliviar os estresses do envelhecimento.

## **5.4. Tratamento:**

### **5.4.1. Questões Gerais de Tratamento:**

De acordo com Kalina (1991), o paciente psiquiátrico estava destinado a viver em hospícios, clínicas ou hospitais psiquiátricos, que cronificavam o paciente, condenando-o a ser um habitante passivo desses sub-mundos, de modo a vigiá-lo, protegendo os “sãos” dos “loucos”. Porém, a antipsiquiatria, com um movimento voltado para o extremo oposto, gerou resultados muitas vezes catastróficos. O enfoque sistêmico converteu-se, então, num instrumento de trabalho de crescente importância, por nos permitir investigar a complexidade dos vínculos familiares e suas possibilidades terapêuticas.

Segundo Carter & McGoldrick (1995), o terapeuta familiar perceberá vários sintomas somáticos, psicológicos e interpessoais na família do alcoolista como dificuldades profissionais, conflitos conjugais, problemas escolares dos filhos, depressão, isolamento social, abuso de outras drogas ou inúmeros distúrbios físicos em todos os membros da família. Porém, raramente a família relaciona os problemas apresentados com o comportamento de beber. Um dado importante é que sempre que houver incesto ou abuso físico, o alcoolismo deve ser um diagnóstico presumido.

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), o alcoolismo constitui um processo sistêmico que afeta e é afetado pela interação entre o bebedor e o álcool, o bebedor e ele mesmo, e o bebedor e os outros. É uma doença altamente destrutiva em todos os níveis sistêmicos e uma ameaça potencial à vida, que requer

tratamento ou intervenção externa para a sua interrupção já que o indivíduo perde a capacidade de controlar o quanto e com que frequência irá beber.

Existem programas de recuperação para alcoolistas e familiares de alcoolistas, que, juntamente com a terapia familiar, são muito importantes para um desfecho favorável:

Alcoólicos Anônimos (AA) é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar os outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. São realizadas reuniões abertas e fechadas. Nas reuniões abertas, podem participar os alcoolistas e suas famílias, bem como qualquer pessoa que queira ajudar outra com problemas com a bebida. Então, um ou mais oradores contam suas próprias histórias de bebedores e como estão se recuperando em A.A. Nas reuniões fechadas participam somente os alcoolistas. Nelas os membros encontram uma oportunidade de compartilhar, uns com os outros, tudo o que se refere aos problemas relacionados com formas e costumes de beber, assim como seus esforços para alcançar uma sobriedade estável.

Os Grupos Familiares Al-Anon que incluem o Alateen para adolescentes, prestam ajuda às pessoas que sofrem os efeitos do alcoolismo de um familiar ou amigo. As pessoas que frequentam estas reuniões percebem que a base da recuperação começa com “os três ces”: você não causou o alcoolismo, não pode controlá-lo e não pode curá-lo. A troca de experiências e sentimentos oferece uma oportunidade para uma nova maneira de pensar.

O CoDA (Codependentes Anônimos), é uma Irmandade de homens e mulheres cujo propósito comum é aprender a desenvolver relacionamentos

saudáveis. O objetivo das reuniões é apoiar e compartilhar experiências durante o processo de auto-conhecimento e aprendizado do amor próprio, permitindo que cada membro fique íntegro com relação as suas histórias pessoais e aos seus próprios comportamentos codependentes. De acordo com o CoDA, codependência é a incapacidade de manter e nutrir relacionamentos saudáveis com os outros e consigo mesmo.

O codependente – depende da dependência do outro em relação a si mesmo - deixa o comportamento de outra pessoa controlar o seu e fica obcecada em controlar o comportamento desta outra pessoa. No tratamento, o codependente deve assumir uma posição de modo a quebrar o círculo repetitivo do funcionamento familiar e desta forma, auxiliar o dependente em sua recuperação. Trabalha-se com a perspectiva de visualizar comportamentos do cônjuge que reforcem o comportamento alcoolista, almejando a substituição por comportamentos que reforcem a sobriedade.

O alcoolista deve reconhecer que, na relação simétrica (disputa de poder), é mais fraco do que a garrafa. Palazzolli (1982) fala sobre o seguinte paradoxo\*: A garrafa é mais forte do que o alcoolista. Porém, o alcoolista acha que é mais forte do que a garrafa e bebe para contrapor-se a esta mensagem, continuando alcoolizado. Se ele não beber, venceu verdadeiramente, mas a garrafa ganha. Então ele tenta de novo para provar que é mais forte do que a garrafa e perde porque continua alcoolizado.

O alcoolista vence verdadeiramente quando admite que não pode com a garrafa e aceita que não pode beber. Esta relação precisa ser definida.

---

\* De acordo com Watzlawick (1983), paradoxo é uma contradição que resulta de uma dedução coerente a partir de premissas corretas.

Os Alcoólicos Anônimos (AA) coloca o alcoolista neste paradoxo da seguinte forma: “Um alcoolista será sempre um alcoolista”. Se não admite que será sempre um alcoolista, terá que beber, sem ficar embriagado, para provar que não é um alcoolista. Mas, se beber, continuará sendo um alcoolista, então o AA está certo. Assim sendo, para não ser um alcoolista, terá que admitir que “um alcoolista será sempre um alcoolista”.

Quando o alcoolismo assume importância central e a família se organiza em torno dele, a abstinência do álcool é um objetivo necessário, mas não suficiente. A interação distorcida e disfuncional da família também precisa ser tratada para que a abstinência possa ser mantida e, ao mesmo tempo, seja evitado outro sintoma. Durante o tratamento, é mais importante avaliar os comportamentos que mantêm o alcoolismo do que fazer hipóteses sobre suas causas. O tratamento em conjunto com programas de Alcoólicos Anônimos (AA) é muito eficiente porque possui foco no apoio dos iguais, mutualidade, pensamento “correto”, mudança comportamental e entrega espiritual, modificando a experiência de si mesmo por parte do bebedor.

Nas fases desenvolvimentais do ciclo de vida familiar, afirma Carter & McGoldrick (1995), é importante distinguir os efeitos do beber entre o início precoce e o início tardio. O beber de início precoce provavelmente terá prejudicado severamente a capacidade da família de realizar as transições de um estágio para outro, enquanto que o beber de início tardio terá provocado uma ruptura menor no desenvolvimento da vida familiar. Deve-se observar o espaço de tempo entre o início do beber e o momento em que a família busca tratamento. Quanto mais anos de alcoolismo crônico, mais grave se torna a disfunção, ao passo que a intervenção e o tratamento no início do alcoolismo evitam maiores prejuízos para o seu desenvolvimento e traz um melhor prognóstico para o futuro ajustamento familiar.

A família do alcoolista, assim como o bebedor, desenvolve um rígido sistema de negação tentando evitar reconhecer o problema e a falta de controle que ocorre nos níveis emocional e funcional. Além de ser uma defesa, a negação também é um dos maiores sintomas de alcoolismo. Há negação tanto do beber problemático quanto dos efeitos do beber nos outros membros da família. O alcoolismo é um distúrbio com impacto intergeracional, pois afeta significativamente os padrões comportamental e emocional da família. É importante que o terapeuta avalie o efeito do alcoolismo em gerações anteriores e reconheça sua relevância para as questões atuais de *diferenciação*. Mesmo que a família não defina o alcoolismo nas gerações passadas como um problema, ele deve ser avaliado como influenciando o atual funcionamento da família (Carter & McGoldrick, 1995).

Conforme Carter & McGoldrick (1995), a avaliação do estágio de alcoolismo e tratamento devem incluir o entendimento dos seguintes pontos:

1. O estágio do ciclo de vida do alcoolista. Por exemplo, um bebedor adolescente, comparado a um idoso, representa uma dinâmica familiar diferente e requer diferentes abordagens de tratamento.
2. A geração da família que está o alcoolista (avô, pai, filho) e o estágio do ciclo de vida que está a família afetada pelo bebedor.
3. O espaço de tempo entre o início do alcoolismo e a procura pelo tratamento. Verificar quantas fases do ciclo de vida ocorreram desde o início do alcoolismo e de que maneira elas foram ou não resolvidas.
4. O estágio do alcoolismo do bebedor. Verificar a necessidade de um tratamento médico para lidar com a abstinência. Verificar se o alcoolista está sóbrio ou ainda bebendo.

5. A fase de ajustamento da família em relação ao alcoolismo. Existe uma seqüência de prováveis reações da família em relação ao marido que bebe:
- (a) Tensão conjugal em resposta ao beber, evitando problemas que não estão relacionados a isto;
  - (b) Isolamento social da família, que se organiza em torno do alcoolismo e tenta controlar o bebedor. O ajustamento conjugal se deteriora e os filhos adotam papéis disfuncionais;
  - (c) Abandono das tentativas de controlar o bebedor e busca de alívio da tensão. Os filhos apresentam comportamento perturbado e a esposa experimenta ansiedade e “culpa” pelo beber;
  - (d) O bebedor é considerado um adulto irresponsável, passa a ser “digno de pena” e protegido pela família, enquanto que a esposa torna-se responsável por todas as tarefas funcionais e paternas, ocorrendo uma nova organização familiar que procura minimizar a influência do alcoolismo. Pode ocorrer separação.

A investigação desses fatores citados acima fornece ao terapeuta um meio de avaliar a adaptação da família e do indivíduo ao alcoolismo, definindo seu estágio dentro do contexto do desenvolvimento familiar.

Segundo Carter & McGoldrick (1995), o tratamento baseado no entendimento destes fatores pode ocorrer numa das três fases seguintes:

1. Pré-sobriedade: O alcoolista ainda bebe ativamente e a família funciona em estado de crise, com padrões interacionais rígidos e isolamento social. Há complementaridade disfuncional de papéis, onde um ou mais membros funcionam exageradamente ou são super-responsáveis, enquanto o bebedor se torna cada vez mais irresponsável. Nesta fase, o tratamento tem como objetivo reduzir esta complementaridade disfuncional, bem como o isolamento e as *fronteiras rígidas* familiares. Através do encaminhamento ao AA, o alcoolista também é motivado a

parar de beber. Ocorre pouco trabalho efetivo sobre os outros problemas familiares, pois a interação no sistema continua a ser distorcida pela presença do álcool.

2. Ajustamento à sobriedade: Nesta fase, o alcoolista parou de beber e o tratamento consiste nos seguintes objetivos: estabilização da família em resposta ao desequilíbrio representado pela sobriedade, minimização da reatividade familiar, foco na *diferenciação* de cada cônjuge e reestruturação dos papéis disfuncionais. O terapeuta deve explicar que podem ocorrer conseqüências normais da modificação para sobriedade, como ressentimentos, depressão ou mudança de um sintoma para outro membro da família.

3. Manutenção da sobriedade: Geralmente após dois anos de sobriedade mantida, a família encontra-se estabilizada para encorajar o reequilíbrio dos extremos interacionais que ocorriam antes da sobriedade. Nesta fase, o objetivo da terapia é modificar a dinâmica familiar para impedir uma recaída na bebida ou sintomas em outros membros da família. O terapeuta ajuda a família a compreender como o alcoolismo funcionava para distorcer conflitos interacionais e questões de poder, dependência e conflito de papel sexual na família.

Kalina (1991) lembra da importância de pensarmos num sistema onde não é possível não haver comunicação, observando o *para que* das condutas e não os *porquês*, substituindo a causalidade linear pela circular. O terapeuta procura fazer uma redistribuição no jogo dos papéis e nos depositários da patologia grupal, para que se chegue à co-responsabilidade, onde cada um deve assumir a responsabilidade que lhe cabe, tornando-se desnecessário o sacrifício do *paciente identificado*. A abordagem de pacientes adictos requer um trabalho junto a suas



famílias e a seu meio ambiente imediato, passando por um eixo que abrange o indivíduo, a família e a sociedade.

Conforme Kalina (1991), uma característica importante observada nas famílias de adictos de todas as classes sociais é a ausência de um pai firme, de identidade bem-definida e que cumpra sua função específica. Na maioria dos casos, os pais são figuras ausentes ou homens passivos e distantes das esposas. As mães são depressivas, controladoras e mantêm relações simbióticas com seus filhos. O papel do terapeuta é ajudá-las a enfrentar o luto pelo renascimento do filho e o vazio subsequente, sem deixá-las cair em depressão.

Para Kalina (1991), o fator tempo é outra característica marcante em famílias de adictos. O *Não* implica espera e limite, mas para estas famílias, saber esperar e saber que as coisas começam e terminam é insuportável, pois terminar implica vazio, perda, melancolia, psicose. A internação significa o primeiro *Não* e é fundamental no arsenal terapêutico. Porém, ao colocar o *Não* nesta família, o terapeuta estará sendo um intruso mudando as regras do jogo. O pedido era apenas para “curar” o “eleito” e não mudá-lo e fazer com que todos mudassem. Assim, a terapia pode ser interrompida por qualquer ou nenhum motivo.

Através de sua escravidão, etimologicamente adicto significa escravo, o adicto leva a bom termo uma tarefa “salvacionista”, até a morte se necessário. Seja porque com a morte salva a família, seja porque é o grande ato grandioso que o transporta ao mundo da ilusão. Paradoxalmente, é sua forma extrema ou psicótica de transformar-se em Deus, e assim poder sair do inferno que é sua vida terrena, onde nunca consegue ser aquele “ser grandioso” que se espera que seja (Kalina, 1991, p.28).

Pelo risco de lesões irreversíveis como autodestruição e suicídio, Kalina (1991) considera fundamental a abstinência com ou sem internação, voluntária ou involuntária, paralela a um complexo processo terapêutico com recuperação da confiança na palavra, capacidade de tolerância à frustração e domínio da impulsividade e da agressividade. Ao trabalhar com famílias de adictos, é necessário enfrentar resistências, redistribuir a organização familiar e estabelecer os limites individuais e entre as gerações, levando-os a uma nova estruturação. Configura-se um contexto de aprendizagem de outra forma de viver, onde o *Outro* é o *Outro*. Devem-se destriangular o filho do subsistema de seus pais e ajudá-lo a recuperar o seu lugar no subsistema dos filhos.

Assim, em suma, temos que: a mentira, as duplas mensagens, a falta de confiança nas palavras e o predomínio da linguagem de ação e a manipulação, o modelo tóxico adictivo, os pactos perversos etc. são todos fenômenos que vão configurando uma estrutura psicopatológica geradora de um ou de vários filhos que têm profundo sentimento de abandono, vivências depressivas, uma grande incapacidade para dominar a ansiedade e que na droga encontram uma ilusão de integridade e às vezes até de identidade (Kalina, 1991, p. 37).

#### **5.4.2. Tratamento para cada estágio do ciclo de vida familiar:**

Veremos a seguir, objetivos de tratamento específicos para cada estágio do ciclo de vida: jovem adulto solteiro, novo casal, família com filhos pequenos, família com adolescentes, lançando os filhos e seguindo em frente (ninho vazio) e família no estágio tardio da vida.

##### **Jovem Adulto Solteiro:**

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), o tratamento do jovem adulto solteiro que cresceu com pais alcoolistas, constitui-se basicamente de duas fases: (1) O paciente é ajudado a expressar toda sua dor, revolta, sentimentos de raiva e desespero por ter crescido num lar alcoolista, e depois aceitar a limitação imposta pelo alcoolismo; (2) O paciente é conscientizado sobre a responsabilidade por si mesmo e orientado para uma compreensão dos papéis e da dinâmica familiar. Ele é encorajado a atingir um equilíbrio mais funcional entre ser super ou sub-reponsável e conscientizar-se de suas forças e limitações.

A terapia nos anos iniciais da vida adulta pode ajudar o indivíduo a restaurar a capacidade de negociar adequadamente os estágios desenvolvimentais que vêm a seguir. Se o jovem está abusando de álcool ou drogas, o terapeuta deve sugerir um período de abstinência, pois o alcoolismo distorce o pensamento e o afeto, sustenta uma posição pseudo-independente e complica o processo de *diferenciação*. O tratamento tem como objetivo restaurar um comportamento mais autofocado, auto-responsável. É necessário romper os padrões de sub e super-responsabilidade na família de origem, tanto do jovem adulto que bebe (funciona insuficientemente) quanto do que não bebe (funciona exageradamente). Caso contrário, o alcoolismo pode perpetuar-se nas futuras gerações.

### **O Novo Casal:**

Conforme Carter & McGoldrick (1995), o tratamento do novo casal consiste nos seguintes passos: (1) conseguir que o bebedor pare de beber; (2) ajudar o cônjuge a experimentar sua impotência para mudar o comportamento do bebedor; (3) orientar o cônjuge para que deixe de superfuncionar pelo bebedor; (4) quando atingir

a sobriedade, ajudar o casal a adquirir capacidades de intimidade, de definição de papéis e de resolução de conflito.

Geralmente, quando um novo casal procura terapia, a bebida é vista como um problema; porém, o diagnóstico de alcoolismo pode ser negado tanto pelo alcoolista quanto pelo casal. A negação bloqueia o processo terapêutico, diferentemente do que ocorre com a aceitação, quando a solução pode ser tanto a conquista pela sobriedade quanto o divórcio.

### **Família com Filhos Pequenos:**

Segundo Carter & McGoldrick (1995), o tratamento da família com filhos pequenos consiste nos seguintes objetivos:

Antes da sobriedade:

1. Validar os sentimentos de raiva, medo e perda da criança, instruindo-a a respeito do alcoolismo e conscientizando-a de que ela não é responsável pelo problema.
2. Conscientizar o progenitor que bebe sobre a necessidade de abstinência e encorajá-lo a assumir mais a responsabilidade paterna. O terapeuta deve investigar e assegurar que a criança não esteja sofrendo maus tratos.

Depois da sobriedade:

1. Ensinar habilidades paternas e ajudar os pais a repararem o dano provocado pela ausência de cuidados.
2. Ajudar a família a ajustar-se às perdas e ganhos de papel. Por exemplo, uma criança que funcionava como um cônjuge, perderá o status de adulto quando

o progenitor assumir seu papel adequado. O terapeuta deve alertar sobre uma possível depressão.

3. Ajudar a família a não recorrer a regras disfuncionais e rígidas e nem disputas por poder e controle.

### **Família com Adolescentes:**

De acordo com Carter & McGoldrick (1995), no tratamento da família com adolescentes, existem dois caminhos antagônicos:

1. Orientar os pais a recuarem totalmente, instruir o adolescente sobre as conseqüências do abuso químico e deixar a inteira responsabilidade pelas conseqüências com o próprio adolescente.
2. Ou, orientar os pais a assumirem a inteira responsabilidade pelo abuso de álcool do adolescente e obrigá-lo ao tratamento.

Salientamos a importância de instruir o adolescente sobre as conseqüências do abuso químico. Segue abaixo o relato de um adolescente:

Foi nos aniversários e baladas que comecei a beber. Eram coquetéis malucos de vodca, uísque ou o que estivesse à mão mais pó para fazer refresco, suco, leite condensado... Todo fim de semana, eu bebia muito, mas, como meus pais estavam dormindo quando eu chegava em casa, eles não percebiam. Até que um amigo bateu o carro e eu estava de carona. Meus pais ficaram chocados quando, no hospital, o médico fez sermão sobre quanto tínhamos bebido e o perigo da dependência. Levei um susto e resolvi parar. Há um ano continuo firme a minha decisão. Carlos\*, 18 anos (Revista Cláudia, Março 2008, p. 160).

Cada caso deve ser avaliado com cautela, considerando fatores como a idade do adolescente e a história de tentativas anteriores de tratamento, antes de

---

\* Nome trocado para preservar a identidade do entrevistado.

determinar qual abordagem seguir. Uma abordagem de recuo pode ser apropriada quando o pai ou a mãe está numa posição super-responsável que impede o adolescente de experimentar as conseqüências da sua bebida. Quando o abuso do álcool ou drogas está em estágios iniciais, os pais podem ser orientados para serem mais firmes e estabelecerem limites de acordo com a idade do adolescente, ao mesmo tempo em que recuam em termos de super-responsabilidade, deixando para o adolescente as decisões que ele é capaz de tomar. Ou seja, os pais devem ajudar o adolescente a ser mais responsável por si mesmo e deixar claro quais seriam as conseqüências de novos abusos do álcool ou drogas. Geralmente, na medida em que a comunicação e o senso de independência melhoram, o abuso de substâncias regride.

“Como um princípio de ação geral, é importante lembrar que a extrema super-responsabilidade no progenitor resultará tipicamente na extrema sub-responsabilidade, incluindo o abuso de álcool ou drogas, no adolescente. A fina linha da adequada responsabilidade pelos sentimentos e comportamento dos filhos geralmente é muito difícil de definir. É crucial que o terapeuta esteja à vontade com a abordagem escolhida, seja claro e consistente nessa abordagem, e se disponha a enfrentar as crises que inevitavelmente surgirão no curso do tratamento.” (Carter & McGoldrick, 1995, p. 429).

Outro fator importante a ser considerado refere-se à existência de alcoolismo paterno. Se o progenitor está bebendo, é necessário que seu alcoolismo seja tratado juntamente com o alcoolismo do adolescente, que precisa ser encorajado a expressar sua raiva pelo problema. Deve-se tomar cuidado para que os problemas comuns na adolescência, incluindo anorexia, bulimia, distúrbios escolares e gravidez não-planejada, não mascarem o alcoolismo paterno.

Para o tratamento do adolescente, é necessário o reconhecimento do alcoolismo no sistema e do sofrimento que ele provoca. É importante confrontar a família com seu papel na manutenção do alcoolismo. Depois que o alcoolista atinge a sobriedade, a modificação nos papéis dos membros da família pode ser problemática para o adolescente que enfrenta o dilema de querer ser um bebê (que requer os cuidados adequados) e um adulto (com autonomia) ao mesmo tempo.

### **Lançando os Filhos e Seguindo em Frente:**

Do ponto de vista de Carter & McGoldrick (1995), no tratamento da família que enfrenta o ninho vazio, o casal precisa ser ajudado a adaptar-se às mudanças sem usar o álcool como recurso. Muitas vezes, os casais precisam reconhecer que existem diferenças inconciliáveis que impossibilitam a continuação do casamento. Ou seja, às vezes o divórcio é inevitável.

### **Família no Estágio Tardio da Vida:**

Conforme Carter & McGoldrick (1995), o tratamento da família no estágio tardio de vida, deve-se tentar diminuir o isolamento da pessoa idosa, ajudando a família a encontrar soluções para proporcionar contato e apoio ao idoso. O terapeuta deve investigar quem é responsável pelo quê ou por quem e examinar fatores emocionais na família relacionados à perda, tristeza e raiva não-resolvida. Encaminhamentos ao médico (para desintoxicação) e ao A.A. são fundamentais, bem como o apoio da comunidade. A terapia familiar tem muito a oferecer, como um recurso, às famílias com dificuldades em ajustar-se a esta fase da vida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Este trabalho concentrou-se no alcoolismo e na família, objetivando compreender a estrutura, dinâmica e tratamento das famílias que estabelecem uma relação de dependência com o alcoolismo.

Ao realizar esta pesquisa, observamos que a mentira, as duplas mensagens, a falta de confiança nas palavras, a manipulação e o modelo tóxico aditivo, são fenômenos que vão configurando uma estrutura psicopatológica geradora de filhos com sentimentos de abandono, vivências depressivas, incapacidade para dominar a ansiedade e que encontram uma ilusão de integridade através do alcoolismo. Essa disfunção desencadeia sintomas somáticos, psicológicos e interpessoais na família como dificuldades profissionais, conflitos conjugais, problemas escolares dos filhos, depressão, isolamento social, abuso de outras drogas e distúrbios físicos nos membros da família.

Constatamos que o alcoolismo tem um efeito intergeracional, afetando todo o sistema familiar. É importante que o tratamento proporcione informações sobre a natureza do alcoolismo, seus efeitos na família e os passos a serem dados por cada membro para tratá-lo. É crucial avaliar as questões do ciclo de vida e os estágios desenvolvimentais específicos em que o alcoolismo ocorreu ou continua ocorrendo.

Num primeiro momento do tratamento, o terapeuta avalia a extensão do alcoolismo e as dificuldades da família como um todo em lidar com o problema, tentando perceber qual o problema familiar compensado pelo alcoolismo. Num segundo momento, verifica-se quais os benefícios que o álcool traz para a família, permitindo que a família 'convença' o terapeuta da necessidade de desintoxicação. Depois, confronta-se a família com a decisão de parar de beber, banalizando a desintoxicação e



preservando a homeostase familiar, avaliando-se as interações dos membros da família que permitiram suportar o alcoolismo. Em seguida, a família é impelida a agir (desintoxicação). O terapeuta deverá possibilitar que cada membro da família descarregue o seu ódio, desencanto e desânimo, para que depois da desintoxicação se trabalhe de uma maneira mais livre e realista no sentido da mudança terapêutica.

O tratamento consiste basicamente em lidar com a negação, ajudar o bebedor a atingir a abstinência, reverter os padrões de super e sub-responsabilidade, estabilizar a família em torno da sobriedade, organizar novos papéis com maior flexibilidade, encorajar a expressão de sentimentos e expectativas, trabalhar questões como comportamento de papel sexual, sexualidade, intimidade emocional, poder, dependência e controle, orgulho e perfeccionismo, manejo da raiva, aceitação da limitação, obtenção de um equilíbrio interacional com reconhecimento da dependência e clarificação da complementaridade no relacionamento.

A teoria sistêmica e a prática com foco nas relações familiares situa o indivíduo em seu contexto e facilita a promoção de mudanças em todos os membros da família. Desta forma, a terapia familiar tem muito a oferecer, como um importante recurso, às famílias com problemas de alcoolismo.

## 7. REFERÊNCIAS:

AA (Alcoólicos Anônimos). Disponível em:  
<[www.aa.org.br](http://www.aa.org.br)>

Al-Anon. Disponível em:  
< [www.al-anon.org.br](http://www.al-anon.org.br)>

ANDOLFI, M. *A Terapia Familiar: um enfoque interacional*. Campinas: Workshopsy, 1996.

BOA SAÚDE. Disponível em:  
<<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4660&ReturnCatID=1796>>. Acesso em: 08 maio 2008.

CALDAS, T. *Alcoolismo da dependência à sobriedade*. Florianópolis: Edição do Autor, 1998.

CAPRA, F. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CEBRID: Livreto sobre drogas. Disponível em:  
<<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>. Acesso em: 08 maio 2008.

CoDA (Codependentes Anônimos). Disponível em:  
<[www.codabrasil.org](http://www.codabrasil.org)>

COLAVITTI, F. Drogas: você sabe o que está fazendo? *Revista Galileu*, n.175, p.30-49, fev. 2006.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Florianópolis: SJC, 2001. 112p.

GALDURÓZ, J.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.*, São Paulo, n. 26 (Supl I):3-6, 2004. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a02v26s1.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2008.

KALINA, E. *Drogas: terapia familiar e outros temas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

KALINA, E. et al. *Drogadição Hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

LAKATOS, S.; MELLO, F. Não se engane: álcool, fumo e remédios são drogas. *Revista Cláudia*, n. 3, Ano 47, p. 158-161, mar. 2008.

MICHAELIS. *Moderno Dicionário Inglês-Português, Português-Inglês*. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

MINUCHIN, S. *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

PALAZZOLI, S., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. *Paradoja y contrapadoja*. Buenos Aires: ACE, 1982.

PAPP, P. *O Processo de Mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SATIR, Virginia. *Terapia do grupo familiar*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

SUDBRACK, M.; LIANA, E.; COSTA, F. *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. V. 2. Brasília: CEAD/UnB; SENAD/SGI/PR, 2000.

WATZLAWICK, P. e cols. *A pragmática da comunicação humana*. São Paulo, Editora Cultrix, 1983.

**ANEXO**

## 12 Princípios do AA:

**1º princípio:** conscientizar-se de que os alcoólicos são impotentes perante o álcool e que perdem o controle de suas vidas em virtude dessa impotência;

**2º princípio:** acreditar em uma força superior para alcançar a saúde plena e uma vida digna (a idéia de ser superior não é rígida. Para os ateus que freqüentam o AA, o poder superior pode ser o próprio AA);

**3º princípio:** entregar a vida a Deus, segundo o modo que cada membro da irmandade O concebe;

**4º princípio:** buscar o auto-conhecimento. O alcoólico deve mergulhar dentro de si mesmo e fazer um inventário moral para descobrir os porquês de ter chegado ao fundo do poço;

**5º princípio:** admitir perante si mesmo, outro ser humano e Deus a natureza das próprias falhas descobertas durante o exame de consciência;

**6º e 7º princípio:** corrigir os erros e reformular o comportamento com humildade, pedindo a Deus que remova as falhas de caráter e o liberte das imperfeições;

**8º princípio:** restabelecer relações com as pessoas que foram prejudicadas durante o período de alcoolismo;

**9º princípio:** reparar, sempre que possível, os males causados;

**10º princípio:** valorizar a oportunidade de reconhecer o próprio erro e buscar a reparação imediata;

**11º princípio:** cultivar o relacionamento com o ser superior que a maioria chama de Deus. Esse contato é importante para conhecer sua vontade e pedir forças para realizá-la;

**12º princípio:** levar as mensagens e os princípios do AA para outros alcoólicos sempre que possível, pois quem não o faz está sujeito a voltar a beber.

**Dr. WERNER ZIMMERMANN**

Psiquiatria e Psicanálise (IPA)

Assistente do Depart. Psychiatrie der Universitaet Bern 1975-1981

Especialista em Dependência Química pela UNIFESP 2004

CREMESC 10280

PARECER

Sobre

A

Monografia de Lara Gomes Bernardo Lee

“Alcoolismo nas Diferentes Fases do Ciclo de Vida Familiar”

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica  
de 2008 do

INSTITUTO FAMILIARE

Professora Orientadora: Denise Duque

Julho de 2008.

Título: Alcoolismo nas Diferentes Fases do Ciclo de Vida Familiar.

O título é adequado ao que foi pesquisado, discutido e analisado nesta Monografia. Como foi expresso nas Considerações Finais: “Este trabalho concentrou-se no alcoolismo e na família, objetivando compreender a estrutura, a dinâmica e tratamento de famílias que estabeleceram uma dependência com o alcoolismo.” A Monografia seguiu exatamente o objetivo a que se propôs. Foi muito bem estruturada, pesquisou uma boa bibliografia, não se estendeu e fundamentou os temas expostos e os formulou com clareza.

A epígrafe, citação de Jô-Ann Krestan, é muito adequada para terapeutas de família, podendo ser estendida a qualquer dependência, inclusive às não-químicas, como compulsões alimentares, a compras, a jogo, a internet, etc.. Durante uma terapia de família, também é necessário dar atenção, e mesmo pesquisar o assunto, ao padrão de uso de medicamentos, em especial tranqüilizantes, sedativos e hipnóticos, que muitas vezes é visto como “normal” e passa despercebido.

A Monografia faz um bom apanhado conciso sobre a Terapia Familiar Sistêmica, sua origem e importância ao procurar soluções na própria família, atribuindo-lhe responsabilidade nas mudanças. Foi apresentado o conceito de que a família é mais do que a soma de suas partes. A importância do estudo intergeracional foi colocada, às vezes ultrapassando três gerações. Lara Lee também falou da descoberta de vergonha e de algum segredo familiar e sua elaboração, e descreveu o trabalho de trazer à tona a prescrição inconsciente de sintomas e sua extinção. Apresentou um estudo bibliográfico de diversos autores importantes em Terapia

Familiar, principalmente da linha sistêmica, e também de obras sobre alcoolismo e sua implicação familiar. Discutiu a dificuldade suscitada pelo desejo que a família tem de mudar o sintoma sem mudar o sistema, e o deslocamento do foco individual para o foco familiar.

A doença do alcoolismo foi bem apresentada e explicada, as diferenças de uso, uso nocivo, abuso e dependência, suas variedades, bem como os elementos-chave; descreveu a diferença entre a predisposição genética ao alcoolismo, alcoolismo por constituição física ou por instalação por abuso contínuo até chegar à doença. Uma vez instalada a doença, o paciente perde a capacidade de decisão sobre o beber logo que introduz no organismo uma gota de álcool. A importância dos costumes familiares: o álcool, hoje em dia, é considerado com droga de entrada para as adicções, pois as crianças e jovens convivem em casa com os adultos fazendo uso de bebidas alcoólicas, e aprendem com o modelo. Demonstrou os riscos de formas de educação sem limites e sem fronteiras, da inversão de valores, da desumanização da nossa cultura, das ilusões da sociedade de consumo. Apresentou de forma concisa dados estatísticos sobre o alcoolismo, sua abrangência, importância, riscos e prejuízos. Também é importante pesquisar na família agressões, violências, maus tratos e abusos.

O trabalho mostrou com clareza as implicações da doença alcoolismo nas várias fases do ciclo de vida familiar. Mostrou o peso do acompanhamento, a mudança de homeostase e sua manutenção em outro nível. Apontou o papel de grupos de auto-ajuda, do AA (Alcoólicos Anônimos) e Al-Anon, com os doze passos, a ajuda da espiritualidade, reconhecidos mundialmente. O suporte, ou muitas vezes somente o



auxílio do AA, faz com que se obtenham um dos maiores índices de recuperação dentre os dos modelos de tratamento da dependência química. Mostrou a importância da abstinência no processo terapêutico, com sua influência sobre a desestabilização do equilíbrio familiar doentio e a nova homeostase. Além disso, justificou a necessidade de, após abstinência – que representa somente a privação do álcool ou outro químico – atingir a sobriedade. Sobriedade é quando o paciente identificado, o dependente químico, chega a um estágio de equilíbrio, de comportamento assertivo-sereno-discreto, de temperança, de humildade, moderação, tolerância, seriedade, a uma mudança comportamental sincera, deixando a negação, vivendo enfim uma espiritualidade. Foi Carl Gustav Jung, psiquiatra, iniciador da psicologia analítica, que elaborou os doze passos junto com o co-fundador do AA, Bill W.. Ele dizia que contra “spiritus” nada melhor do que “spiritum” (“spiritus” em latim significa álcool). Por isso, muitas vezes a religião é de grande auxílio. Para entender melhor o funcionamento dos doze passos, recomendo o livro: Burns, John E., *O Caminho dos Doze Passos*. São Paulo: Edições Loyola, 1995. Lara Lee fundamentou o afastamento do dependente, em certos casos, por exemplo, por meio de uma internação, a importância da desintoxicação para possibilitar, com esta intervenção, a abstinência e o início de um processo terapêutico.

Foi colocado com muita propriedade o papel do paciente identificado como portador da doença familiar (triangulação, manutenção da dependência como meio de manter o status da família: evitar uma separação ou o ninho vazio dificultando a individuação, evitação de conflitos, etc.).

Foi muito bem explicado o paradoxo da dependência. Quando entra em sobriedade e se livra do químico, muitas vezes por dez, vinte ou mais anos, o adicto ainda se considera um alcoólatra (ou dependente). Sim, porém em recuperação – frisa o adicto. Este é o segredo, o xis da questão da recuperação de qualquer dependente químico. Enquanto ele se colocar nesta posição com humildade, estará se protegendo do risco de recaída.

Em suma, a Monografia representa um estudo extenso, analisa uma boa bibliografia, é bem estruturada, clara e faz uma boa discussão dos assuntos importantes. Congratulamos a aluna pelo bom trabalho e a estimulamos a aplicar seus conhecimentos no tratamento de famílias. O estudo aqui apresentado centrou-se no alcoolismo como base para o tratamento de qualquer dependência, tanto química como não química.

Dr. Werner Zimmermann  
Psiquiatra e Psicanalista  
Especialista em Dependência Química (UNIFESP).  
Julho de 2008