

INSTITUTO GESTALTEN

CO-DEPENDÊNCIA NOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

JANAINA LEOPARDI DA ROSA

FLORIANÓPOLIS, 2007.

INSTITUTO GESTALTEN
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTALT-TERAPIA

CO-DEPENDÊNCIA NOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

*Trabalho apresentado como requisito para obtenção do grau de Especialista em
Psicologia Clínica pelo Instituto Gestalten.*

JANAINA LEOPARDI DA ROSA

JULHO DE 2007.

Conceito A
Janaina

conceito A
Janaina

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 3 |
| JUSTIFICATIVA..... | 6 |
| 2. REVISÃO TEÓRICA..... | 8 |
| ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO:..... | 8 |
| CO-DEPENDÊNCIA E FAMÍLIA..... | 14 |
| GESTALT – TERAPIA..... | 17 |
| TRATAMENTO | 23 |
| 3. METODOLOGIA | 26 |
| Tipo de estudo..... | 26 |
| 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS..... | 29 |
| 5. Considerações Finais | 39 |
| 6. Referências Bibliográficas..... | 43 |

Resumo: este trabalho originou-se da necessidade em se avaliar a dependência de drogas e os efeitos sobre as relações familiares. A síndrome da dependência envolve o desejo pronunciado de utilizar determinada substância e a dificuldade de controlar o uso, geralmente caracterizada pelo estado de supressão fisiológica, tolerância, como descaso de outros prazeres e interesses, acarretando um uso persistente, com danos causados à própria pessoa e aos outros. Nas relações inter-familiares pode ocorrer a confluência entre seus membros e, por isto, torna-se importante considerar tanto o comportamento intra, como o interfamiliar. Assim, a questão posta para a investigação foi: **como se dá a co-dependência dos familiares dos usuários de álcool e drogas, na ótica da Gestalt-terapia?** Neste sentido, existe dentro da trama familiar um histórico geracional, com diversos tipos de situações traumáticas, que, ao longo do tempo, podem vir a se constituir em condição enferma, e desvalorização de um de seus membros, o drogadito, assim como diversos sinais da co-dependência, que pode ser tratada por meio da gestalt-terapia. O presente estudo foi desenvolvido em na Rede de Saúde Mental, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), inserido na Grande Florianópolis.- SC. CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Os participantes deste estudo são familiares que freqüentaram o Grupo de Apoio Familiar no CAPS, no período de maio a junho de 2006. Como Técnica de coleta de dados, foi utilizada a **Observação Terapêutica**. Ao se analisar padrões disfuncionais nas redes familiares, verifica-se que a drogadição mascara ou veicula os sintomas relacionados a estes padrões. Muitos destes padrões familiares, quando compreendidos ao longo das sessões terapêuticas, evidenciaram “gestalts abertas”, nas relações intra-familiares. Em alguns casos, foi identificada a presença da Confluência, Introjeção, Projeção e Retroflexão. Isto é, o co-dependente projeta toda a responsabilidade no dependente químico, familiares e meio por sua insatisfação ou ausência de prazer. Coloca-se como vítima e culpa o meio por suas frustrações, quer responsabilizar o mundo do quanto é ‘coitadinho’ em seu infortúnio. E quando se dá conta de que não é vítima, mas o controlador, volta-se para si mesmo e vai, assim, resgatando seu sistema de ‘awareness’, saindo do papel de vítima e controlador. Percebe-se que, então, há um sintoma revelado: a doença em torno da dependência química não está atrelada apenas ao tratamento do adicto, mas consiste também na superação dos mecanismos neuróticos do co-dependente. A patologia da co-dependência implica em se tratar concomitantemente as fronteiras de contato interrompidas na rede familiar, assim como a própria interrupção que o co-dependente sofre devido ao seu adoecimento.

1. INTRODUÇÃO

Droga é toda substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais funções (BUCHER, apud GONÇALVES, 1998). A palavra **droga** apresenta múltiplos significados e etimologias controversas: do hebraico **rakab**, perfume, ou do holandês **droog**, substância ou folha seca, do persa **droa**, que significa odor aromático. Seu significado é encontrado no Dicionário Aurélio como: “substância entorpecente, alucinógena, excitante, além de outras, ingerida em geral com o fito de alterar transitoriamente a personalidade”. Embora com vários significados, toda substância psicotrópica, genericamente chamada **droga**, utilizada de forma abusiva, pode causar dependência química.

Infundiu-se, ao longo dos últimos 200 anos, o conceito de adição ou transtorno, num contexto de modificações gradativas dos “constructos” da medicina clínica, da psiquiatria e da saúde pública. Ainda que os conceitos em torno de adição e seus componentes, como a tolerância e a retirada, estivessem presentes no século XVIII, foi somente no século XIX que ocorreu a “criação” do conceito de adição. Mas, foi somente no século XX, no período entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial, que, de fato, associou-se alcoolismo com adição. E foi a partir deste momento, que a psicologia foi introduzida e expandida, correlacionada à psiquiatria e vista como relevante no tratamento da dependência química.

Na atualidade, é comum ter-se uma abordagem estritamente farmacológica em relação às drogas, não sendo suficiente, pois que os efeitos individuais e subjetivos, assim como os fatores sócio-culturais do uso de substâncias, devem ser compreendidos sob uma perspectiva biopsicossocial.

Alguns autores chegam a inferir que não existe droga *a priori*, sendo este conceito decorrente da atividade simbólica, em conjunto com as motivações do consumidor, que modifica de forma subjetiva a substância psicotrópica em droga, quando estabelece um padrão motivacional no consumo ativo. Este consumidor não seria dotado de uma personalidade patogênica, mas torna-se-ia um indivíduo que utiliza símbolos para se comunicar consigo mesmo e com seu meio.

Desta forma, a substância psicoativa ou química somente se torna uma droga quando provoca dependência, dentro de um determinado contexto de associações entre as atividades simbólicas do usuário e o ambiente.

Com um enfoque na evolução da toxicomania, o efeito da droga torna-se pouco relevante, embora seja essencial a compreensão da interpretação que o indivíduo obtém de sua experiência, de seu estado mental e físico, assim como da motivação que o leva a repetir os padrões de uso. Disto implica a necessidade de investigações no plano social, cultural, afetivo e cognitivo do usuário.

A dependência química é um problema que remonta dos primórdios da humanidade, embora as conseqüências fossem pouco conhecidas. Nos dias atuais, esta problemática vem preocupando níveis altíssimos de diversas culturas, provocando inúmeras investigações tanto em relação às drogas lícitas como às ilícitas. Em nossa civilização contemporânea, muitos autores, sob uma perspectiva psico-socio-cultural, preconizam que as drogas estão afetando o modelo ocidental de família como um todo.

Crescer em uma família que possui um dependente químico é sempre um desafio, principalmente quando falamos do contato direto de crianças e adolescentes com essa realidade. Esse desafio pode atuar desenvolvendo competências para lidar com situações estressantes e soluções de problemas, bem como desestruturar o desenvolvimento saudável de uma criança ou adolescente (FIGLIE et al, 1999).

É conhecido que muitos dos dependentes químicos iniciaram seu relacionamento com as drogas exatamente no lugar onde supor-se-ia que estariam mais seguros, ou seja, dentro de casa. Além disto, há que se considerar que há uma maior exposição ambiental à droga. Dai a grande necessidade de programas de atenção familiar.

Por outro lado, há famílias em que, mesmo que haja apenas um de seus membros com problemas em relação à dependência química, se observa a instalação de uma relação que não só aumenta os desajustes, mas também produz um fenômeno que exige uma atenção especial, por sua natureza relacional, ou seja, a **co-dependência**.

Este é um problema que chama a atenção à maioria dos profissionais da saúde mental e de algumas categorias profissionais como psicólogos, que atendem esta demanda específica. Nem sempre estes profissionais estão preparados para o manejo adequado da situação, muitas vezes por apresentarem dificuldades concretas de efetuarem um diagnóstico em seu campo

laboral. Aparece a necessidade de uma investigação sobre os desdobramentos da utilização de drogas, incluindo também os prejuízos relacionados ao usuário e sua família.

1.1. JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais e comportamentos conseqüentes do uso de substâncias psicoativas incluem transtornos geralmente devidos a álcool, opiáceos (ópio ou heroína), canabinóides(maconha), sedativos e hipnóticos, cocaína e outros estimulantes, tais como alucinógenos, tabaco, solventes voláteis, entre outros. O diagnóstico destes transtornos é realizado quando há uma identificação mais precisa quanto ao uso nocivo ou abusivo de substância psicotrópica, assim como quando há a dependência química e co-morbididades associadas, como os transtornos psicóticos.

A síndrome da dependência envolve o desejo pronunciado de utilizar determinada substância e a dificuldade de controlar o uso, geralmente caracterizada pelo estado de supressão fisiológica, tolerância, como descaso de outros prazeres e interesses, acarretando um uso persistente, com danos causados à própria pessoa e aos outros.

Assim, perceber nas relações inter-familiares como ocorre a confluência entre seus membros e, principalmente, avaliar a questão da Co-dependência, em torno do membro pivô – o drogadito, implica em considerar tanto o comportamento intra, como o interfamiliar.

Diante destas reflexões, a questão posta para a investigação foi: **como se dá a co-dependência dos familiares dos usuários de álcool e drogas, na ótica da Gestalt-terapia?**

Como funciona a dinâmica familiar, e como vai sendo construída em torno da Co-dependência implica na necessidade de avaliar estes eventos no contato com as próprias famílias que os vivenciam. A análise destas questões poderá permitir:

- Relacionar as interrupções de contato na rede familiar com a Co-dependência.
- Relatar depoimentos de familiares de um grupo de psicoterapia familiar na rede pública de saúde, e apontar estudos sobre o tema de Co-dependência que possam ser utilizados como base teórica para as ações terapêuticas na saúde mental.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1. ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO:

Segundo Seibel e Toscano (2001),

substâncias ou drogas psicoativas são aquelas que modificam o estado de consciência do usuário. Os efeitos podem ir desde uma estimulação suave causada por uma xícara de café ou chá até os efeitos profundamente modificadores produzidos por alucinógenos tais como o LSD, e algumas classes de plantas que podem produzir perturbações na percepção do tempo, espaço e de si próprio... A história da humanidade nos ensina que o uso de drogas é apenas um modo de vida. As pessoas sempre as utilizaram, por motivos os mais diversos, e sem dúvida as seguirá utilizando.

As drogas mais comuns são classificadas em depressoras (álcool, sedativos/hipnóticos, solventes voláteis), estimulantes (nicotina, cocaína, anfetaminas, ecstasy), opióides (morfina, heroína) e alucinógenos (LSD, maconha) (O.M.S., 2004).

Embora o uso de substâncias, juntamente com os transtornos associados com elas, varie de uma cultura para outra, o fumo/tabaco e o álcool são as substâncias de maior uso no mundo, em geral, responsáveis e causadoras pelos maiores danos e conseqüências para a saúde pública, fazendo-nos refletir sobre o uso de drogas lícitas.

Atualmente, cerca de 1,2 bilhões de pessoas fazem uso do fumo(tabaco). Estima-se que, até 2005, o número esperado proporcionalmente é de mais de 1,6 bilhões. Segundo estimativas, o fumo e co-morbidades associadas foram responsáveis por mais de três milhões de mortes em 1990, atingindo quatro milhões de mortes em 1998. O Banco Mundial fez uma estimativa de que, em países de alta renda, a atenção à saúde relacionada com o tabagismo responde por 6-15,1% dos custos anuais da atenção à saúde (Banco Mundial 1999). Além de fatores sociais e comportamentais associados com o início do tabagismo, observa-se uma clara dependência da nicotina nos fumantes crônicos.

O álcool também é uma substância de uso comum na maioria das regiões do mundo. Segundo Edwards (1995),

o álcool é uma droga que pode potencialmente produzir dependência, ou, em termos mais antigos e familiares, é uma droga de 'adicação'. O agrupamento de sinais e sintomas que definem o estado de dependência é descrito como a síndrome da dependência do álcool.

A prevalência de transtornos devido ao uso de álcool (uso nocivo e dependência) em adultos foi estimada em cerca de 1,7% em todo o mundo (CGD, 2000). As taxas são de 2,8%, para o sexo masculino e 0,5%, para o sexo feminino. No projeto sobre a carga mundial de doenças (Murray e Lopes, 1996), estimou-se que o álcool seria responsável por 1,5% de todas

as mortes. Esta carga mundial inclui transtornos físicos (como cirrose) e lesões graves imputáveis ao álcool. Os objetivos terapêuticos com o álcool são a redução da morbidade e da mortalidade relacionados, assim como a redução de outros problemas sociais e econômicos vinculados ao seu consumo crônico e excessivo.

Além do fumo e álcool, também há a incidência de uso abusivo de grande número de substâncias, geralmente agrupadas na categoria geral de drogas ilícitas, tais como cocaína, heroína e *cannabis*. A análise da CGD (2000) demonstra que a prevalência de transtornos relacionados ao uso de heroína e cocaína é de 0,25%. Estima-se que cinco milhões de pessoas no mundo injetam drogas ilícitas.

Embora a decisão de experimentar substâncias em geral tenha caráter pessoal, desenvolver o abuso ou dependência química após o uso repetido não vem a ser uma decisão consciente e informada da pessoa, nem resultado de uma fraqueza moral, mas, sobretudo, é o produto de uma complexa combinação de fatores genéticos, fisiológicos e ambientais. A dependência ocorre progressivamente, geralmente a partir de problemas iniciais sem dependência significativa até a dependência grave, com conseqüências físicas, mentais e socioeconômicas.

Seibel e Toscano(2001) utilizam a seguinte classificação quanto ao padrão de uso de substâncias psicoativas:

ABUSO: padrão mal-adaptativo de uso de substâncias psicoativas, manifestado clinicamente por conseqüências adversas ou prejudiciais recorrentes ao uso da(s) substância(s).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA: é o conjunto de sintomas de configuração e gravidade diversos que ocorrem geralmente logo em seguida à cessação ou redução de uso de uma substância psicoativa, utilizada repetidamente, e em geral, por um longo período/ou altas doses.

SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA: conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que consistem no uso prolongado e intenso de uma substância psico-ativa ou uma classe de substâncias; de forma que este padrão comportamental alcance prioridade muito maior para o indivíduo do que comportamentos valorizados pelo indivíduo. A característica principal é o desejo, algumas vezes irresistível de consumo de substâncias psico-ativas.

USO EXPERIMENTAL: uso de substância psico-ativa em geral restrito a um número pequeno de episódios, de uma droga específica.

Das últimas pesquisas epidemiológicas realizadas pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1997, 2000, 2001 e 2004), foram investigadas e analisadas uma série de substâncias ou drogas de uso mais recorrentes. Foram observadas nestas pesquisas:

ÁLCOOL: o etanol é uma substância classificada como depressora do Sistema Nervoso Central. Contém um efeito bifásico, isto é, produz uma euforia inicial acompanhada de desinibição, seguida de sonolência (depressão). De acordo com a literatura mundial, estima-se que 10-12% da população mundial é dependente de álcool.

MACONHA: o nome científico é *Cannabis sativa*, perturbadora no SNC, sendo a substância ativa o tetrahydrocannabinol (THC). Os efeitos físicos da maconha são: taquicardia, secura na boca e hiperemia das conjuntivas (olhos vermelhos). Quanto aos efeitos psíquicos, podem surgir alucinações e delírios nem sempre agradáveis. Dentre outros efeitos agudos relacionados está a perda de noção de tempo e espaço além de perda da memória de curto prazo. Os prejuízos ocasionados pelo uso crônico da maconha estão relacionados com bronquite crônica e diminuição dos níveis de testosterona (conseqüente diminuição do número de espermatozoides e infertilidade).

SOLVENTES: inalantes ou solventes são substâncias classificadas como depressoras do SNC, efeito principal observado no uso. No entanto, como acontece com o álcool, apresenta efeito bifásico. Há uma estimulação inicial do SNC (euforia, excitação, com/sem alucinações) e, logo em seguida, depressão do SNC, podendo induzir ao coma ou morte, dependendo da quantidade de substância inalada. Ex: cola de sapateiro, esmalte, lança-perfume, etc. As substâncias responsáveis pelos efeitos psíquicos desses produtos são: tolueno, n-hexana, éter, clorofórmio, acetona, etc.

COCAÍNA E "CRACK": a cocaína é um alcalóide presente na folha de coca, cujo nome científico é *Erythroxylon coca*, extraído depois de várias reações químicas. Estimulante do SNC, quando preparado em forma de pedra, recebe a denominação de "crack".

TABACO: é uma droga psicotrópica estimulante do SNC. Desde a década de 60, sabe-se do efeito nocivo e danos do alcatrão e nicotina.

ANSIOLÍTICOS: as principais drogas dentro desta classificação são representadas pelos benzodiazepínicos (BDZ), depressoras do SNC. Ex: Diazepam, Valium, Lorax, Rohypnol, dentre outros. Mesmo existindo o controle em sua comercialização, apareceram nas pesquisas do CEBRID(1997) dentre as três drogas mais consumidas pelos estudantes.

ANFETAMÍNICOS: usadas em clínicas como moderadores do apetite (drogas anoréticas), estimulantes do SNC. Ex: Hipofagin, Moderex, Inibex, etc. Os Anfetamínicos são descritos entre as quatro drogas mais utilizadas entre os estudantes, pesquisas do CEBRID(1997).

ANTICOLINÉRGICOS: perturbadoras do SNC, podendo provocar em doses elevadas alucinações e delírios. Usados no tratamento da doença de Parkinson, ou como antiespasmódicos. Ex: Akineton, Artane, Bentyl, etc. O chá-de-lírio também possui propriedade anticolinérgica.

BARBITÚRICOS: depressores do SNC, com uso terapêutico restrito a casos de crises convulsivas. Ex: Gardenal, Pentotal, etc.

OPIÁCEOS e XAROPES: à base de codeína, estas substâncias são obtidas do ópio, ou sintetizadas como a meperidina; potentes depressores do SNC. Ex: Tilax, Demeril, etc. A substância opiácea utilizada para fins de abuso é a heroína, sendo a morfina um dos analgésicos mais importantes para o homem, entretanto é a que possui maior risco, sendo indutora de dependência.

ALUCINÓGENOS: perturbadores do SNC, provocam alucinações e delírios. Ex: LSD-25 (Ácido), chá de cogumelo e mescalina. Embora estas drogas não provoquem síndrome de abstinência, podem desencadear quadros psicóticos crônicos.

OREXÍGENOS: utilizados para aumentar o apetite, ex: Periatin, Apetivit, etc. Possuem efeitos anti-histamínicos, antiserotonérgicos e anticolinérgicos. É de livre comercialização.

Com estas pesquisas epidemiológicas, além da pesquisa domiciliar realizada em 2001, pelo CEBRID, pode-se avaliar o uso experimental de substâncias na vida, tanto como o uso pesado ou dependência de determinadas drogas. A pesquisa domiciliar foi realizada em 107 cidades brasileiras com número superior a 200 mil habitantes. A amostra total foi de 8.589 entrevistas, de um universo de 47.045.907 habitantes. Em relação aos dados gerais, abrangendo todas as cidades brasileiras da amostra, tem-se em média decrescente para o uso experimental de substâncias na vida nas seguintes proporções: 68,7% para álcool, 41,1% para

tabaco, 6,9% para maconha e 5,8% para solventes. Em relação à dependência, os dados apontam que 1,2% são usuários de álcool, 9,00% de tabaco, 1,00% de maconha e 0,8% de solventes. Dentre estes dados, a droga ilícita com percentagem de maior uso é a maconha, com 6,9%, que corresponde a 20% dos entrevistados.

Na região sul, com 947 entrevistas, ou seja, 17,6% da amostra, os dados para uso de substâncias na vida apontam que 69,4% são usuários de álcool, 44,1% de tabaco, 8,4% de maconha e 4,00% de solventes. Para dependência química de substâncias, os dados resultantes da amostra foram respectivamente 17,6% de usuários de álcool, 12,8% de tabaco e 1,6% para maconha. Ao se analisar os dados por região, a região sul apresentou uma percentagem de 12,8% (a maior do Brasil) de dependentes do tabaco e de 1,6% de usuários de maconha.

A partir do senso do CEBRID de 2004, realizado nas capitais brasileiras, foram analisados o uso e dependência de substâncias em estudantes da rede pública, para avaliar o consumo de drogas psicotrópicas. Especificamente na capital, Florianópolis,

a amostra da pesquisa constou de 1.316 estudantes, sendo semelhante a distribuição entre os sexos, de uma população de 342.315 habitantes. A maior parte da amostra encontrava-se na faixa etária de 13 a 15 anos (44,1%), sendo que 83,1% dos estudantes cursavam o ensino fundamental.

Foi maior o número de estudantes com uso na vida de drogas (16,9%), exceto tabaco e álcool, que apresentaram defasagem escolar de 3 anos ou mais, em comparação aos sem esse tipo de uso (8,3%). Da mesma forma, foi maior o número de alunos com uso na vida que faltaram à escola nos últimos 30 dias, quando comparados aos sem uso.

Houve diferenças estatisticamente significantes para as categorias de usuários (uso na vida, ano e freqüente) em que predominou o uso no sexo feminino. As maiores porcentagens de uso na vida apareceram a partir dos 18 anos de idade. Na faixa etária de 10 a 12 anos, 8,6% dos estudantes já haviam feito uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool.

As drogas mais utilizadas (uso na vida) pelos estudantes, excetuando-se álcool e tabaco, pela ordem foram: solventes, maconha, ansiolíticos e anfetamínicos. Por sua vez, os energéticos foram usados por 15,9% dos estudantes. O total estimado de estudantes com uso na vida, nas redes estadual e municipal de Florianópolis, foi de 18,4%

nota-se o predomínio do sexo masculino sobre o feminino, com diferenças estatisticamente significantes para uso na vida de apenas maconha e energéticos. O contrário se observa para os anfetamínicos, os ansiolíticos, tabaco e álcool em que houve maior uso na vida no sexo feminino. Na faixa etária de 10 a 12 anos, 7,4% dos estudantes já fizeram uso na vida de solventes (Levantamento Escolar: CEBRID, 2004).

2.2. CO-DEPENDÊNCIA E FAMÍLIA

Na perspectiva de que o indivíduo faz uso de substâncias psicotrópicas, com a combinação de fatores genéticos, fisiológicos e ambientais, é possível sugerir que qualquer investigação biológica, psicológica ou sociológica é feita a partir da interação entre indivíduo (organismo) e seu ambiente(meio).

Segundo Perls et al. (1997),

não há uma única função de animal algum, que se complete sem objetos e ambiente, quer se pense em funções vegetativas como alimentação e sexualidade, quer em funções perceptivas, motoras, sentimento ou raciocínio[...]. denominamos este interagir entre organismo e ambiente em qualquer função o "campo organismo/ambiente.

E, é importante lembrar que, quaisquer que sejam as maneiras pelas quais se teoriza sobre impulsos, instintos e assim por diante, se está considerando sempre esse campo interacional. Conclui-se que o campo organismo/ambiente humano, naturalmente, não é estritamente físico, mas também social.

A co-dependência, segundo Beattie (2000) é

uma condição emocional, psicológica e comportamental que se desenvolve como resultado da exposição prolongada de um indivíduo a e a prática de um conjunto de regras opressivas que evitam a manifestação aberta de sentimentos e a discussão direta de problemas pessoais e interpessoais.

A questão da Co-dependência seria uma série de comportamentos dos aspectos intra e inter-familiares relacionados à dependência química, visto que o seu surgimento é um "sintoma" da família disfuncional.

Desta forma, a questão da dependência química pode ser tratada como um sintoma familiar dentro de um quadro patológico muito particular, que é denominado co-dependência do ciclo familiar, que consiste na perpetuação de padrões de comportamentos, incluindo componentes da adição, que veiculam uma organização psíquica familiar disfuncional única, apresentando-se de acordo com uma configuração de uma rede familiar construída, em um contexto histórico próprio.

Poder-se-ia entender, então, a família como um organismo vivo ou teia de relações, que possui um padrão único de funcionamento. Sendo assim, a co-dependência poderia também ser compreendida como resultado da confluência entre seus membros e da

configuração da rede familiar resultante das interrupções de contato em torno do membro pivô – o drogadito.

A co-dependência em um grupo familiar veicularia algo do inconsciente, de um fundo inacessível para o organismo. Visto que a família é um organismo que necessita de homeostase, a co-dependência seria resultante de seu ajustamento criativo, para dar conta de lidar com as configurações cristalizadas ou formadas em torno da dependência química.

Alguns especialistas dizem que a co-dependência não é uma doença, mas uma reação normal em pessoas anormais. Outros pesquisadores, no entanto, dizem que a co-dependência é uma doença crônica e progressiva. Estes últimos acreditam que os co-dependentes querem e precisam de pessoas doentes em sua vida, para suprirem a necessidade de estar felizes de uma maneira patológica.

Os co-dependentes teriam características semelhantes ao longo do tempo, e por ser uma doença progressiva, seu prognóstico inclui:

- sentir-se responsável por outra pessoa, tanto nos aspectos emocionais, quanto nas ações e necessidades desta;
- sentir culpa, ansiedade;
- sentir-se forçado a ajudar a pessoa a resolver seu problema com drogas;
- ter raiva quando sua tentativa de apoio não é eficiente;
- antecipar necessidades de outra pessoa;
- fantasiar e imaginar que os outros não fazem o mesmo por ele, e fazer coisas de que a outra pessoa é capaz de fazer por conta própria;
- perder a noção do que necessita, ou achar que o que necessita não é tão importante;
- tentar agradar o outro ao invés de si mesmo;
- abandonar a rotina para fazer algo pelo outro;
- comprometer-se demais;
- culpar as pessoas pela situação que ele mesmo está;
- sentir raiva e sentir-se vítima.

O co-dependente tende a negar que sua família tem problemas ou é anormal. O co-dependente desenvolve a obsessão de sentir-se responsável, preocupar-se com os outros, e acaba controlando e vigiando as pessoas. Acaba, por isto, possuindo uma auto-estima baixa, não se ama e não acredita que outros o amem. Possui problemas na comunicação, porque acaba coagindo, culpando e ameaçando.

Co-dependentes são pessoas que possuem limites frágeis diante dos outros e não confiam em si mesmos. Temem a raiva e não enfrentam o medo de lidar com este sentimento, sentem-se ameaçados de abandono. Acabam desenvolvendo também dificuldades sexuais com seus parceiros.

2.3. GESTALT – TERAPIA

A Gestalt-terapia tem como contribuição essencial conceber uma visão holística do homem, compreendendo-o como um ser bio-psicossocial, que está sempre em interação com seu meio, considerando não unicamente o que ocorre em sua totalidade, mas, com o contexto no qual está inserido. Elucida a tendência natural do indivíduo para a auto-regulação em seu ambiente, compreendendo a neurose como resultante da interrupção ou distorção de um processo saudável do organismo.

A Gestalt-terapia, através dos anos, vem passando por diversas etapas ou reformulações. Frederic Salomon Perls(1969), seu fundador, construiu um modelo que se centrou em técnicas experimentais. Embora Fritz Perls seja considerado como o criador da Gestalt-terapia, é interessante mencionar o “grupo dos sete”: Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Esastman e Elliot Shapiro, além de Laura e Fritz Pearls. Rauph Hefferline posteriormente veio integrar-se também a este grupo. Muitos teóricos consideram, desta forma, que foi o “grupo dos sete” que criou a Gestalt-terapia.

Primeiramente, os precursores da Gestalt estudaram os mecanismos fisiológicos e psicológicos da percepção e as relações do organismo com o meio. Após este momento, estenderam seu trabalho à memória, à inteligência, à expressão e a personalidade como um todo. Foram contra o dualismo entre matéria e espírito, entre objeto e seu princípio, acreditando que o objeto não tem uma forma, é uma forma, uma Gestalt ou um todo significativo. Yontef (1989) afirma que todas as terapias que se apóiam nos três princípios abaixo, podem chamar-se Gestalt-terapia, ou seja:

- a Gestalt-terapia é fenomenológica. Sua única finalidade é a consciência e sua metodologia é a metodologia da Awareness;
- a Gestalt-terapia é baseada completamente no existencialismo dialógico, isto é, no processo EU-TU, Contato-Saída;
- o conceito básico da Gestalt-terapia e sua visão de mundo são baseados no holismo e na Teoria de Campo.

A Gestalt-terapia considera que todo campo perceptivo diferencia-se em um *fundo* e uma forma, ou *figura*. A forma é fechada e estruturada. Não é possível distinguir a figura sem um fundo: a Gestalt interessa-se pela inter-relação destes. A Percepção dependerá de fatores objetivos e subjetivos, cuja relevância pode variar. A pessoa tende a isolar as “boas formas” que regem as relações entre seu organismo e o meio, compreendendo-se que só é possível o reconhecimento da figura dominante num dado instante, permitindo, *a posteriori*, a satisfação da necessidade e depois sua dissolução, para tornar possível uma nova prevalência de figura, atividade mental ou física. A gestalt-terapia, enfim, pode ser definida como “a arte de criar boas formas”.

Kurt Lewin(1965) expandiu os princípios da teoria da Gestalt para uma *teoria geral do campo psíquico*, estudando a interdependência entre o organismo, a pessoa e o meio. Para Goldstein(1995), a totalidade existencial está no presente, no corpo. O corpo compreendido como um substrato do psicológico, uma totalidade, promovendo a auto-regulação do organismo, dinâmica responsável pelo equilíbrio, através do ajustamento criativo. O organismo procura, desta forma, a homeostase, pois necessita de equilíbrio para dar fechamento a uma dada situação. Portanto, o organismo está sempre em relação com o meio, necessita equilíbrio/satisfação de suas necessidades. No entanto, tende a dar um fechamento às suas necessidades, quando possível, ou então, ajusta-se de forma criativa para obter homeostase da melhor forma.

Segundo Perls(1969), o *self* é compreendido como uma função de contatar o presente atual (here-and-now), e ele vê o *id*, o *ego* e a *personalidade* como estruturas parciais e separadas das aparências do *self*. O *self* é considerado como o sistema de *awareness*, na fronteira entre aquilo que é o *self* e aquilo que não é. O *self* existe e se revela onde há uma mudança nas fronteiras de contato. Quando há referência à fronteira de contato, estamos

apontando onde a experiência tem lugar, porém ela não separa o organismo e seu ambiente. Antes disso, a *fronteira de contato* limita o organismo, o protege, ao mesmo tempo que contata o ambiente. O contato seria a *awareness* do campo ou uma resposta motora no campo, compreendendo-se contatar, *awareness* e resposta motora, todo tipo de relação viva que se dê na fronteira, na interação entre organismo e o ambiente.

No contato, há um trabalho do organismo que resulta em assimilação e crescimento, com conseqüente formação de *figura* de interesse, em contraste com um fundo ou contexto do campo organismo/ambiente. A *figura* (gestalt) na *awareness*, como tomada de consciência, é uma percepção, imagem ou *insight*.

Desta forma, a necessidade/desejo, a energia dispendida do organismo e as possibilidades plausíveis do ambiente são incorporadas e unificadas na *figura*. Perls et al(1997) afirmam:

o processo de formação de figura/fundo é um processo dinâmico no qual as urgências e recursos do campo progressivamente emprestam suas forças ao interesse, brilho e potência da figura dominante. Não tem sentido, por conseguinte, tentar lidar com qualquer comportamento psicológico fora de seu contexto sócio-cultural, biológico e físico.

O contato do organismo poderia ser através das nossas funções motoras e sensoriais, mas o contato é muito mais que a soma de todas as funções possíveis. O contato acontece nas fronteiras, lugar de energia pulsante e permeável, onde ocorrem as relações do organismo com o meio.

Para Perls et al (1997), a fronteira de contato é o ponto em que o indivíduo *experencia* o 'eu' em relação ao que é 'não-eu' e, por este contato, ambos são experienciados mais *claramente*. As fronteiras constituem o *ego*, fronteira entre o pessoal e impessoal.

A auto-regulação consiste na relação *self-eu-mundo*. Quando existe uma sintonia nestes três sistemas, a auto-regulação encontra-se em homeostase. Chame-se, portanto, de "*self*" o sistema de contatos em qualquer momento, sendo flexível, pois que varia de acordo com necessidades orgânicas prevalentes e com os estímulos ambientais prementes. É o sistema de respostas, é a fronteira de contato em funcionamento. Sua operacionalidade consiste em formar figuras e fundos.

Perls et al(1997) descrevem ainda três operações básicas do *self*: *id*, *ego* e *personalidade*. O que opera no primeiro momento é a função *id*, uma relação de homeostase e

distribuição de energia no organismo de forma igualitária entre as partes envolvidas. Consistem nas vivências proprioceptivas (viscerais), interoceptivas (sinetésicas) e exteroceptivas, que derivam de todas as sensações vividas por experiências integradas ao meio externo. É certo tipo de relação em que o *self* é mais passivo e irracional, pois a iniciação motora está inibida.

O *ego* seria a função de individuação do *self*. Havendo as trocas energéticas em uma polaridade da relação, ocorre a deliberação desta energia e, conseqüentemente, a ação deste. Já, enquanto *ego*, o *self* deixa de apenas sentir, mas a favor ou a despeito deste, toma decisões, vê possibilidades no meio e age em torno de uma direção. Na configuração do organismo, enquanto *ego*, a figura é um ato intencional, na ação deliberada, em decorrência de um fundo de excitamentos. A função *ego* atingirá a transcendência do *self* no meio, pois, neste momento o *ego* aliena-se, ou identifica-se com este, em relação às possibilidades encontradas no meio.

A terceira operação é a personalidade, réplica verbal do *self*, autônoma. Escolhe livremente de forma ativa ou passiva, mas, de forma equidistante dos extremos, compromete-se de acordo com sua escolha ou com o que se tornou.

Contudo, a forma responsável do *self*, deste modo, identifica-se com o que o *ego* realizou no meio. Consiste, todavia, na admissão do que somos como fundamento para compreendermos nossos comportamentos.

Ao se analisar a operação *ego*, há a contenção da figura que caracteriza a dinâmica do pré-contato e logo depois o contato e contato final. Nesta operacionalização do *self*, abre-se um horizonte de futuro, e há um investimento no meio que o rodeia. Assim, o *ego* vai para ação e polariza-se na fronteira de contato, indo para o momento do contato final. Então, o *self* assume uma personalidade, prosseguindo o pós-contato, existindo, assim, o processo de *ajustamento criativo* do organismo.

Os comportamentos neuróticos são os ajustamentos criativos de um campo no qual há repressão. Entende-se que a ansiedade é a interrupção do excitamento criativo. E que os diferentes mecanismos do comportamento neurótico podem ser observados como sendo etapas do ajustamento criativo em que o excitamento é interrompido. A interrupção pode ser entendida como a perda das funções de *ego*, onde o fundo é ocupado por uma repressão. Quando as interrupções ocorrem em momentos diferentes ocorre: **confluência** – antes da nova excitação primária; **introjeção** – durante o excitamento; **projeção** – confronto do

ambiente; **retroflexão** – durante o conflito e o processo de destruição; **egotismo** – no contato final.

A **CONFLUÊNCIA**: é um estado de *não-contato*, de uma fusão por ausência de fronteira de contato. O *self* não é identificado, pois que, a confluência, a princípio, é seguida de uma retração, não permitindo ao sujeito reconquistar sua fronteira de contato, isto é, reencontrar sua própria identidade (marcada pelas diferenças e pela singularidade). Quando a confluência torna-se crônica e a retração mostra-se constante, o funcionamento pode ser qualificado de patológico. Foi precisamente para denunciar a confluência que Perls(1969) compôs sua oração da Gestalt, repercutindo nas bases filosóficas de teóricos emancipadores desta abordagem:

*Eu sigo meu caminho, você segue o seu.
Eu não estou neste mundo para corresponder
Às suas expectativas,
E você não está neste mundo para corresponder às minhas.
Você é você e eu sou eu...
E se, por acaso, nos encontramos, é maravilhoso!
Se não, nada podemos fazer!*

INTROJEÇÃO: é a própria base da educação da criança e do crescimento, porque durante o crescimento vai-se ao assimilando o mundo exterior. Mas, se aceitar engolir esses elementos exteriores sem “mastigar”, eles não serão “digeridos”, ficam no organismo, em nós, como algo estranho. Desta forma, toda assimilação começa por um processo de destruição e desestruturação de uma figura. A introjeção patológica consiste em “engolir” tudo, ou todas idéias/valores, hábitos ou princípios, sem transformá-los antes de assimilá-los.

PROJEÇÃO: é o inverso da introjeção, segundo Perls(1997). Enquanto a introjeção é a tendência a tornar o *self* responsável pelo que de fato cabe ao meio, a projeção é tendência a atribuir ao meio a responsabilidade por aquilo que tem origem no *self*. No primeiro, o *self* é invadido pelo mundo exterior, no segundo o *self* invade o mundo exterior, o meio à sua volta. A projeção torna-se patológica quando é sistemática, ou um mecanismo de defesa habitual e estereotipado. Embora exista projeção patológica, do persecutor ou paranóico desconfiado, que joga sua agressividade projetando o que é seu no meio, ela também pode ser saudável. É ela que permite o contato e compreensão com o outro, pois é saber se colocar no lugar do outro. A empatia se alimenta na projeção, e é ela que possibilita a criação do artista.

RETROFLEXÃO: consiste em voltar contra si a energia mobilizada, como fazer a si aquilo o que gostaria de fazer aos outros ou fazer aquilo que gostaria que os outros fizessem. Na retroflexão, eu invado meu próprio mundo interior. A retroflexão saudável é necessária, demonstra educação social, maturidade e autocontrole, pois não é possível demonstrar de forma “selvagem” todas as tendências agressivas do organismo. Entretanto, ela se torna patológica, quando a resistência torna-se crônica. Daí resultará uma inibição masoquista das pulsões ou, inversamente, a exacerbação das satisfações narcísicas. Para Perls et al(1997), a retroflexão supõe incessantemente a luta interior entre duas instâncias da personalidade, o chefe (*top dog*) e o subordinado (*under dog*).

DEFLEXÃO: permite desviar a energia de seu objeto primitivo, evitando o contato direto. São atitudes de fuga, evitação ou manobras inconscientes de diversionismo.

EGOTISMO: é uma hipertrofia do ego, reforço deliberado da fronteira de contato. O egotismo seria análogo à neurose de transferência, e na gestalt é uma hipertrofia, porque há uma *awareness* sempre desperta para seus próprios processos na fronteira de contato.

2.4. TRATAMENTO

Galanter et Kleber(1999) salientam que, para se estabelecer um sistema que consiga dar conta de manter a abstinência do sujeito que faz abuso de substâncias, de leve a moderado, dependerá dos progenitores. Estes terão que entrar em um acordo entre suas expectativas e os limites. Acreditam que, mesmo as pessoas com mais idade, que abusam de substâncias, podem abandonar o consumo ao adquirirem consciência das conseqüências médicas e psicológicas para si mesmas e os efeitos sobre suas famílias. Tal sistema faria parte do contrato terapêutico que se efetua no início do tratamento.

A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizado, dentre as várias propostas. A literatura tem concluído que a terapia familiar e de casal produzem melhor desfecho quando comparada com famílias que não são incluídas no tratamento. Dentro deste contexto, três modelos teóricos têm dominado a conceituação das intervenções familiares em dependência química: o modelo da doença familiar, o sistêmico e o comportamental.

Neste trabalho será utilizado o modelo de doença familiar, sistêmico, que considera o alcoolismo ou o uso nocivo de drogas como uma doença, que afeta não apenas o dependente, mas também a família. Esta idéia teve origem no programa dos Alcoólicos Anônimos, em meados de 1940, através dos livros de Black(1982) e Wegsheider(1981), que descrevem a criança que cresce em uma família que possui histórico familiar de alcoolismo e como as suas expectativas influenciarão seu comportamento adulto.

Mais recentemente, estudos têm focado que a doença do alcoolismo manifesta sintomas específicos nas esposas e companheiros de dependentes químicos, dando origem ao conceito de co-dependência. Este modelo envolve o tratamento dos familiares, sem a presença do dependente (Grupos de Al-Anon), que consiste em grupos de auto-ajuda, com o objetivo de melhorar a compreensão dos efeitos do consumo de álcool e drogas por parte dos dependentes nos familiares. Propõem-se a reparar a convivência de um dependente com a família, seguindo os princípios do AA. Para tratar a família, pode-se compreendê-la sob determinada perspectiva, ou seja:

a família é uma organização social complexa, na qual se constroem os processos identificatórios e se vivem as relações primárias. É também um espaço do afeto, do conflito das contradições (SCHENKER et MINAYO, 2003).

Compreende-se que cada família contém uma estrutura que é mais que a soma dos psiquismos individuais, portanto, acima de tudo, uma combinação deles, “formando uma trama complexa com funcionamento intra, inter e trans-subjetivo”(Carvalho, 1997). Neste sentido, existe dentro da trama familiar um histórico geracional, com diversos tipos de situações traumáticas, que, ao longo do tempo, podem vir a se constituir em segredos, gerando culpas e vergonhas. Quando há esta condição fantasmática, a desvalorização de um de seus membros drogaditos pode estar correlacionada.

A desvalorização do sujeito que foge às expectativas dos pais, transcende às regras da família enquanto instituição. A família, desta forma, passa a ser a ressonância da droga, que perpetua valores, construtos de desvalorização e de falta, de modo que o tóxico passa a ser um dos organizadores psíquicos da família. A ressonância fantasmática referenciada acima consiste em que um dos membros de um grupo expressa, de forma patente ou implícita, um de seus fantasmas individuais inconscientes, e isso desperta nos outros membros o surgimento de formações fantasmáticas, em relação metafórica ou metonímica com a formação inicial (ANZIEU, apud CARVALHO, 1997).

A partir desta circulação fantasmática inconsciente, ou porque o acesso a introjetos/projeções não estejam acessíveis, ou seja, estav bloqueados, o grupo familiar pode vir a se transformar em um conjunto de indivíduos diferenciados que buscam por autonomia. No entanto, antes de se constituírem em indivíduos diferenciados, tem-se a trama familiar envolvida em um processo neurótico chamado “confluência”.

Desta forma, a questão da dependência química pode ser tratada como um sintoma familiar, dentro de um quadro patológico muito particular, que pode ser denominado co-dependência do ciclo familiar, que consiste na perpetuação de padrões de comportamentos que veiculam uma organização psíquica familiar disfuncional, com componentes da adição.

3. METODOLOGIA

Optou-se como trajetória metodológica por um estudo de caráter descritivo, delimitando uma amostra, neste caso, ancorada nos preceitos de natureza qualitativa em saúde, ou seja, não busca medir ou enumerar eventos, mas sim investigar e analisar os dados de maneira assistencial, interagindo com o pesquisado.

Para Santos (1986), a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema. São estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação desconhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações.

Assim, explorar uma realidade significa identificar suas características, sua mudança ou sua regularidade (LEOPARDI, 2001 p.120).

O presente estudo foi desenvolvido em na Rede de Saúde Mental, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), inserido na Grande Florianópolis.- SC. CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem seu tratamento, com oferta de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os CAPS são instituições destinadas a receber pacientes com transtornos mentais, e com objetivo de estimular sua integração social e familiar, de apoiá-lo em suas iniciativas à autonomia pessoal, oferecendo atendimento médico e psicológico. A característica principal é promover a integração do paciente no seu meio sócio-cultural, no espaço da cidade onde se desenvolve a vida de usuários e familiares.

É uma proposta na saúde mental que se opõe à internação hospitalar psiquiátrica. Oferece outro modelo de Atendimento nos casos leves ou moderados de problemas

Os participantes deste estudo são familiares que frequentaram o Grupo de Apoio Familiar no CAPS, no período de maio a junho de 2006.

Como Técnica de coleta de dados, foi utilizada a **Observação Terapêutica**. A observação ao Grupo de Apoio Familiar ocorreu a partir de intervenções terapêuticas e depoimentos dos familiares, durante as sessões realizadas no CAPS. Como o grupo é aberto, alguns participantes foram rotativos e outros estiveram presentes na maior parte das sessões. Como este grupo estava em processo de formação, os temas sugeridos ou abordados não foram diretivos, seguindo-se o fluxo das demandas dos participantes que o compuseram. O grupo foi oferecido uma vez por semana, exceto nos dias em que a equipe técnica do CAPS não realizou as sessões, pois não havia número suficiente de familiares (mínimo dois participantes).

Desta forma, no período de estudo, ocorreram seis sessões, com duração de uma hora e meio por sessão. Os registros foram realizados durante as sessões pelas estagiárias de psicologia participantes do grupo.

Nesta pesquisa, foram atendidas as exigências éticas e científicas fundamentais, garantindo sempre à pessoa pesquisada um tratamento com dignidade, respeito, justiça e equidade, evitando dessa forma possíveis danos para os envolvidos no projeto de pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Assim, todas as atividades desenvolvidas foram direcionadas conforme os preceitos éticos, com termo aceito pela Coordenadora do CAPS e consentimento verbal informado pelos participantes.

A análise das informações obtidas, a partir dos depoimentos do grupo, foi feita levando em conta os registros escritos no diário de campo e observações do técnico responsável. Minayo (1996) apresenta os seguintes passos para operacionalização dos dados. Subdivide-se em três momentos:

- **Ordenação dos Dados:** neste momento faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, leitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;

- **Classificação dos dados:** nesta fase é importante ter em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento feito sobre ele, com base numa

fundamentação teórica, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para se identificar o que surge de relevante. Com base nesse processo elaboram-se as categorias específicas. Nesse sentido, foi determinado o conjunto de informações presentes na comunicação.

- **Análise Final:** neste momento, procurou-se estabelecer relação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões de pesquisa, com base em seus objetivos. Assim, promovem-se relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e prática.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

A partir dos registros dos depoimentos e observações técnicas do grupo de apoio familiar realizado no CAPS AD, no período entre janeiro e junho de 2006, foi possível observar que existe a Co-dependência neste grupo, como “figura” constante, exposta nos depoimentos dos integrantes.

Os casos citados nos registros envolvem pais de adolescentes com problemas de uso abusivo ou dependência química, os quais estão aderindo ao tratamento, identificados no serviço, e que foram avaliados a partir de uma triagem inicial.

O grupo de Apoio Familiar tem como objetivo proporcionar suporte para que os integrantes possam lidar com a problemática decorrente do uso abusivo ou dependência química de substância(s) de seu familiar.

Inicialmente, este grupo contava com duas psicólogas e duas estagiárias de psicologia. O perfil do grupo foi sendo definido de acordo com a demanda dos familiares. Entretanto, as técnicas utilizadas foram desenvolvidas a partir de uma tentativa de integrar duas abordagens distintas, a Cognitivo-comportamental e a Gestalt-terapia. Foi decidido que o grupo funcionaria com temas espontâneos, que foram surgindo no momento da sessão terapêutica, como também por alguns direcionamentos focais da Cognitivo-comportamental.

As primeiras sessões iniciavam com técnicas de apresentação, prosseguindo com os relatos de cada participante sobre a sua problemática familiar. Nestas sessões, os familiares presentes estavam com uma grande necessidade de verbalizar suas angústias, frustrações e preocupações em relação a seu familiar em tratamento.

A queixa inicial, em geral, foi a dificuldade de lidar com a dependência química do filho, ou parente. Esta queixa surgia, geralmente, com a surpresa inicial da descoberta sobre uso de determinada substância, ou o avanço da dependência, seguida da progressiva dependência química, demonstrando que, na maioria dos casos, ocorrem prejuízos em vários âmbitos pessoais e familiares. Muitos participantes relataram que seu familiar tinha problemas no trabalho ou no estudo, e que estavam “diferentes em casa”, com acentuada mudança de comportamento.

As observações levantadas demonstram que a maioria das famílias envolvidas com a problemática da dependência química, ou uso abusivo, podem ter dificuldades tanto nas relações intra como inter familiares. Observou-se que aumentaram os conflitos nas relações familiares, assim como se acentuaram dificuldades de relacionamentos interpessoais devido a comportamentos do adicto, diferentes dos habituais ou esperados. Estas mudanças de comportamentos apresentadas estavam acarretando prejuízos na área laboral e escolar, pois também revelaram uma apatia em atividades anteriormente desempenhadas.

Muitos participantes apresentaram grande expectativa de que o familiar parasse com o uso de quaisquer tipos de substância psicoativas imediatamente, sem assimilarem, inicialmente, a proposta de **redução de danos**, preconizada pelo CAPS-AD. Com a expectativa alta de abstinência total no tratamento do adicto, esteve presente uma carga muito grande de angústia e ansiedade nos familiares no grupo.

No primeiro momento, a maior parte dos integrantes do grupo teve que lidar com a aceitação da dependência química e uso abusivo de seu familiar, no sentido de sair de um padrão de negação e, também, aprenderam a “identificar” os prejuízos do adicto em uma esfera psicossocial. Isto possibilitou ajudá-los a perceber padrões de comportamentos prejudiciais, à medida que foram tomando consciência destes.

Identificou-se, a partir do processo grupal, alguns sintomas presentes nos familiares que sugerem a Co-dependência. Deste modo, houve intervenções durante as sessões posteriores, na tentativa de uma abordagem que desse conta de permitir que os familiares fossem percebendo que também estavam implicados no tratamento do adicto. Deslocou-se, portanto, o foco de atenção sobre o adicto, configurando-se a Co-dependência.

Neste segundo momento, quando se abordou a Co-dependência, muitos familiares puderam compreender, ou tiveram *awareness*, de que alguns de seus próprios comportamentos eram prejudiciais para eles mesmos, como também interferiam na evolução do tratamento do adicto.

Foi percebida uma grande ansiedade ou medo de que nunca encontrariam solução, ou que o adicto não tivesse evolução e êxito no tratamento. Foi observado que alguns participantes em contato (*awareness*) com a questão da dependência química apresentavam prejuízos em sua própria saúde mental, muitos com quadros depressivos, ou perfil ansiogênico. Como consequência destes prejuízos, estavam com dificuldade de realizar suas

atividades rotineiras, percebendo-se que muitos haviam adoecido fisicamente, em virtude da Co-dependente.

Como o Grupo era aberto e possuía um número variado e rotativo de familiares, serão apresentados somente depoimentos que ilustrem ou configurem o perfil da Co-dependência.

Ao se analisar padrões disfuncionais nas redes familiares, verifica-se que a drogadição mascara ou veicula os sintomas relacionados a estes padrões. Muitos destes padrões familiares, quando compreendidos ao longo das sessões terapêuticas, evidenciaram “gestalt aberta” nas relações intra-familiares.

Muitas familiares, mães principalmente, relataram dificuldade em entender a problemática da dependência química. Uma delas expressou que,

quando tem alguém na família que tem mais problema, acaba a família toda se envolvendo muito com ela, super-protégendo e incapacitando esse membro(G.-mãe).

Este relato demonstra o quanto membros da família ficam em torno do adicto, dando-lhe uma excessiva atenção pela grande preocupação com as recaídas. Acabam manipulando e controlando, e interferem no funcionamento familiar, modificando-o. Desta forma, como visto em revisão teórica, o familiar acaba sentindo-se *forçado a ajudar a pessoa a resolver seu problema com drogas*. Acaba vivendo em função da solução do problema. “*O co-dependente desenvolve a obsessão de sentir-se, preocupar-se com os outros, e acaba controlando e vigiando as pessoas*” (BEATTIE, 2000).

Há um mecanismo de projeção que, segundo Carvalho(1997), seriam as “formações fantasmáticas”, depositando no “outro”(adicto) toda a problemática da rede familiar, de forma a evitar ou a não entrar em contato com a problemática em si. Ao mesmo tempo, evidencia o quanto o *co-dependente* possui uma tendência de atribuir ao meio (ao adicto ou problemática da drogadição) a responsabilidade por aquilo que tem origem no *self*. Isto é, o *co-dependente* estaria desconectado de sua fronteira de contato, e como defesa habitual estaria projetando no adicto todas as suas insatisfações, de modo que o “outro” seria seu bode expiatório para depositar sua agressividade e frustrações(desejos e necessidades retraídas). E quando se fala na dimensão da problemática individual e familiar, o mecanismo de defesa do adicto seria *projetar* no meio ambas as dimensões acima.

G.(mãe) estaria em um processo fusional /confluência com o filho, desconectando-se com sua própria identidade, de maneira que as suas necessidades ficam atreladas às

dificuldades apresentadas pelo filho, surgindo como prioritárias na cadeia de desejos individuais, evidenciando uma alienação de seu *self*, enquanto ego, que se retrai. Ao mesmo tempo, identifica-se com “excitamentos” externos oriundos dos padrões de comportamentos de seu filho. Aliena-se, portanto, de suas próprias necessidades, e toma para si a demanda de necessidades deste. O *co-dependente*, sendo de forma metafórica fusionado com o adicto, possui uma ausência de fronteira de contato, portanto retrai-se em relação aos excitamentos de seu organismo. Acaba utilizando uma cegueira para sobreviver, e seu foco de percepção passa a ser a partir dos estímulos oriundos das necessidades do adicto. Verifica-se, nos depoimentos citados, o quanto esta cegueira é evidenciada pela falta de limites que o co-dependente apresenta.

A mãe G., em seus depoimentos no grupo, evidenciou uma falta de percepção em suas fronteiras de contato, como se estas estivessem temporariamente adormecidas em prol da demanda de cuidados com o filho. Em seus relatos, G. comporta-se como se o filho fosse seu ‘amante’, diz que ele namora uma mulher mais velha e que este foi morar com ela. Mas, deixa claro que o filho precisa dela para tudo, caso algo aconteça, e G. estará em prontidão para atender as necessidades dele. G., ao relatar como se sente, não estabelece contato consigo mesma, não tem awareness de suas próprias necessidades. Há uma interrupção de seu organismo antes de uma excitação primária, ou seja, retração. Não identifica ou assimila suas necessidades, e assim apresenta perda de suas funções do ego.

Desta forma, G. sendo viúva, não permite que outros homens aproximem-se dela, e seu filho acaba ocupando um lugar prioritário na cadeia de suas necessidades. E, de forma neurótica, com várias interrupções em seu processo de estabelecer contatos saudáveis, perde sua individuação, pois não consegue ver possibilidades ou agir no meio para satisfazer suas necessidades.

Sua rotina de vida acaba sendo preenchida com preocupações com o filho, faz comida em casa esperando o filho todos os dias, e se o filho recai e tem problemas financeiros, abdica de suas contas e entrega o seu dinheiro para este saldar suas dívidas. Desta forma, perpetua seu padrão de co-dependência, que seriam disfuncionais:

os diferentes mecanismos do comportamento neurótico podem ser observados como sendo etapas do ajustamento criativo em que o excitamento é interrompido. A interrupção pode ser entendida como a perda das funções de ego, onde o fundo é ocupado por uma repressão, de acordo com Pelrs et al(1997).

Neste caso, G., ao utilizar de uma auto-regulação patológica, renuncia de si em prol do filho.

Outra mãe expressa, no início de uma sessão:

Eu hoje quase que não vinha, para mim tá sendo difícil a questão da aceitação, ninguém na família sabe e o pai ajuda pouco. Como eu estou com depressão, o M. diz que é tudo 'nóia' minha" (N. - mãe).

Esta mãe desenvolveu um quadro depressivo, após ficar ciente de que o filho era usuário de crack e fazia uso abusivo de maconha e de álcool. N., neste dia, estava muito ansiosa e preocupada com a recaída de M. no crack. Falava que não conseguia dormir e nem trabalhar. N. comenta:

Eu procuro não passar as minhas preocupações para ele. Tenho muito medo de tudo isso. Parece que não tem remédio (N. - mãe).

N. estava muito pessimista em relação ao tratamento do filho, com pensamentos negativos intensos. Estava achando que a droga destruiria seu filho, demonstrando muito medo em relação à dependência do "crack". N. começou o ciclo da co-dependência e, consecutivamente, um ajustamento criativo em suas fronteiras de contato, incluindo de forma patológica as necessidades do filho, ao invés das suas. Seu organismo, em busca de uma homeostase, deprimiu-se, foi aos poucos perdendo vitalidade nas consecutivas repressões de seu *self*.

N., ao reagir de forma retroflexiva, durante ou na tentativa de assimilar a dependência química do filho, acabou voltando para si a energia mobilizada pela tensão inicial, deprimiu-se. Sua energia acabou invadindo seu próprio mundo interior, desestruturando a homeostase anterior, que seguia uma cadeia de necessidades que eram preservadas pelo *self*.

Nesta mudança em suas fronteiras de contato, seu sistema de *awareness* foi comprometido, pois perdeu suas funções de proteção e limites. Foi desgastando-se gradativamente e, através do ajustamento criativo, a depressão foi o meio do organismo encontrar nova homeostase.

Em outro encontro, muitas mães falavam do uso de maconha:

Ele acha que maconha não faz mal... mas, quem está convivendo está vendo que ele está mal, mas a pessoa não vê.

Estes relatos expõem a necessidade dos familiares de compreenderem o porquê do uso da substância, ou, por outro lado, apresentam-se em um processo de aceitação, dando-se conta da questão de redução de danos. Quando foi ocorrendo este tipo de assimilação, poder-se-ia inferir que o co-dependente estaria em outro momento do tratamento, pois que, ao aceitar a condição do uso de maconha, também teve que abdicar de seu padrão de controle e manipulação. Ou seja, embora o co-dependente esteja reagindo, como forma de controle em sua fronteira de contato, este percebe que não pode criar expectativas em relação ao tratamento do adicto. Quando há o esclarecimento da redução de danos, ou seja, a abstinência parcial ou de alguma substância, por vezes substituída por outra, o co-dependente perde o seu referencial.

No caso acima, um usuário passou somente a fazer uso abusivo de maconha, deixando o crack. No entanto, a mãe deste, em seu ciclo neurótico co-dependente, incluindo mecanismos de interrupção no contato, confluência e introjeção, ao ver-se em outra posição, de não-controle, acabou enfrentando introjetos antes não digeridos pelo seu organismo, como os valores e preconceitos que surgiram em relação ao uso de maconha e outras drogas.

Assim, conforme a política de redução de danos, ao se falar em uso da maconha, foi observado o quanto o adolescente já havia melhorado, pois deixara de usar o “crack” e estava fazendo uso de maconha. Mesmo assim, esta mãe estava ainda funcionando como co-dependente, querendo controlar o uso.

Outra mãe comenta:

Acho que assim como ela está dizendo, é difícil ver a pessoa se destruindo e ficar quieta (C-mãe).

Ambas estavam extremamente ansiosas para que os filhos deixassem de usar qualquer tipo de drogas. Acabavam sendo muito autoritárias e manipuladoras, tal como ilustra o depoimento a seguir:

M. está melhor, ele está tentando, diz que está fumando só à noite... olha, eu sei que faz mal, mas ele parou de beber como ele bebia, está fumando menos, mas ele precisa de atividades, senão ele usa.

As mães, em geral, acabam tão confluentes ao assumirem para si os prejuízos imaginários do uso ou sobre o que consideram prejudicial para si, que impõem maneiras de comportamento, esperando que o filho faça o que ela acha melhor. Constituído-se uma

fronteira de familiaridade rígida, há uma valoração de comportamentos perpetuados na rede familiar como sendo os únicos desejados.

A Co-dependência apresenta prejuízos pessoais e na dinâmica familiar, como se pode observar no depoimento de um drogadicto a seguir:

Ah, sim, eles ficaram muito preocupados comigo esses dias que eu tomei remédio para dormir, porque eu precisava descansar. Eles começaram a arrumar a casa.

N. estava tão cansada com suas preocupações em relação a M., que se esquecia de suas necessidades (confluyente com o que M. precisava). Depois de um tempo, resolveu descansar e pensar em sua saúde. Houve uma mudança na dinâmica familiar, os filhos preocupados com a mãe, motivaram-se a cooperar com tarefas domésticas.

Surgiu a questão dos limites, o que é ser autoritário e permissivo? Outra mãe, C., expõe a dificuldade de controlar a filha, na verdade em dar limites a esta.

A gente fala mas entra por um ouvido e sai pelo outro. Sumiu três dias de casa, vou ver a internação pra ver se pelo menos ela fica um pouco longe de casa... Ela saiu com o meu cartão, tirou R\$ 700,00 da minha conta, vi que eu estava andando com o inimigo(C-mãe).

Esta mãe possui sintomaticamente um mecanismo confluyente, passou a dormir na mesma cama que a filha e, ao mesmo tempo, perdeu sua autoridade enquanto mãe, é permissiva e não consegue estabelecer limites claros. Evidencia características do Co-dependente, os quais são pessoas que possuem limites frágeis diante dos outros e não confiam em si mesmos. Temem a raiva e não enfrentam o medo de lidar com este sentimento, sentem-se ameaçados de abandono (BEAUTY, 2000)

C. comenta ainda do saque em sua conta pela filha:

eu nunca imaginaria, mesmo quando eu pensei que ela pegou, eu pensei que ela pegaria 20 reais.

Fica explícito neste discurso, que a mãe perdeu a noção de seus limites, a filha rouba seu cartão e saca dinheiro de sua conta. A mãe ainda tenta negar o abuso da filha, argumentando que ela pegaria uma quantia inferior, ou pelo menos imaginava isto. Outro dia,

C. relata:

Minha vida fica em função de levar J. aos compromissos, para que ela não use drogas.

C., além de perder noção dos limites, autoridade, devido seu retraimento do *self*, justifica sua confluência com a filha, como se fosse salvá-la, abdicando de seus compromissos em virtude dos da filha .

Outra mãe, N. relata:

Meu medo não é só que M. compre drogas, mas de adquirir dinheiro de forma não honesta. Tenho medo de receber uma má notícia. Diz estar angustiada, tomando calmante, antidepressivo e homeopatia.

N., neste dia, conta, que foi ao hospital, viu um menino que havia levado cinco tiros por dívidas de drogas. Estava excessivamente preocupada com M., de ele se envolver também no tráfico. Então, no grupo, a conversa foi sobre o processo de mudança, e que se M. estava ou não envolvido com tráfico, ele é quem tinha responsabilidade por estar colocando-se em risco. Comentou-se como os pais poderiam apoiar os filhos, ou ajudá-los a perceber os prejuízos associados ao uso de substâncias, assim como todos os riscos implicados com o uso.

Em sessões sucessivas, foram surgindo no grupo mecanismos do padrão da co-dependência, e o tratamento foi evoluindo, na medida em que os familiares foram tendo *awareness* de seus sintomas. Grande parte dos sintomas relacionou-se com padrões de *culpa, ansiedade e raiva*. Muitos familiares estavam envolvidos em funcionamentos neuróticos, interrompidos de contatos saudáveis. Na medida em que foram revelados estes sentimentos do co-dependente, os mecanismos neuróticos interrompidos foram sendo mobilizados: confluência, introjeção, projeção e retroflexão.

Foi possível observar, a partir dos depoimentos dos familiares nas sessões de grupo, o quanto a co-dependência pode ser compreendida sob a ótica da gestalt-terapia, e que, de fato, a co-dependência gera interrupções nas fronteiras de contato. Isto implica em uma organização patológica de padrões de comportamento, gerando a perpetuação do processo neurótico do familiar co-dependente e da rede familiar.

5. Considerações Finais

Ao se analisar padrões disfuncionais nas redes familiares, verifica-se que a drogadição mascara ou veicula os sintomas relacionados a estes padrões. Muitos destes padrões familiares, quando compreendidos ao longo das sessões terapêuticas, evidenciaram “gestalts abertas”, nas relações intra-familiares.

Verificou-se que a Co-dependência afeta diretamente o funcionamento familiar. Muitos familiares, ao presenciarem situações ansiogênicas, devido aos “riscos” aos quais o dependente químico se expunha, começaram, de forma disfuncional, a gerar interrupções em seus ciclos de contato.

Nos depoimentos de alguns familiares, foi percebido que o “ajustamento criativo” situações conflituosas foi estabelecendo, nas relações, uma patologia comum, a Co-dependência, pois que, muitos familiares adoeceram junto com o adicto, e foram perdendo a fluidez de seus “contatos”. A neurose foi instalada na dinâmica familiar, e o co-dependente foi se retraindo, modificando suas próprias funções egóicas, comprometendo, assim, e agravando ainda mais a problemática em torno da drogadição.

Em alguns casos, foi identificada a presença da Confluência, Introjeção, Projeção e Retroflexão. A Confluência instalou-se quando o Co-dependente, fundido às demandas do adicto, o fez na tentativa de salvá-lo das drogas. E, neste movimento neurótico, foi engolido pelas necessidades do “outro”/meio, perdendo sua personalidade.

Muitos familiares, ao se fragilizarem em seus fluxos interrompidos, acabaram também comprometendo suas delimitações em suas fronteiras de contato, acarretando uma ausência de “limites” claros nas relações inter-familiares, assim como muitos familiares, em um processo disfuncional, foram adoecendo fisicamente. Demonstraram a patologia de seus mecanismos neuróticos, as somatizações em seu organismo, pela retroflexão. E, em alguns casos, estendeu-se a patologia neurótica para um quadro depressivo.

O segundo momento de evolução no tratamento da co-dependência é a questão de lidar com os introjetos e projeção, aos quais muitos estão sujeitos. Percebeu-se que a condição de co-dependência implica nestas interrupções, e que o adoecimento dependerá de uma mudança na rede familiar. Quando a família deixa de ser a ressonância da droga e se dá conta de suas problemáticas, independente da problemática em torno da co-dependência e da

dependência química, esta vai encontrando possibilidades no meio para construir uma nova rede familiar, com um funcionamento mais saudável.

Muitos familiares, em virtude da co-dependência, encontram uma oportunidade de estarem assimilando introjetos antes não digeridos pelo organismo, pois que, ao enfrentarem a aceitação da dependência química, estão também enfrentando estranhos resíduos anteriormente indigestos. Ou, ainda, ao compreenderem a dependência química, vão refazendo conceitos sobre esta, deixando os pré-conceitos em torno da problemática, deixando antigos estigmas, valores e hábitos. Na assimilação da co-dependência, está implicada a assimilação de introjetos, e com ela uma perspectiva maior de fluidez em suas fronteiras de contatos.

O co-dependente, na tentativa de culpar o outro pelas suas insatisfações, acaba estabelecendo o papel de vítima. E este funcionamento do organismo revela um mecanismo patológico de projeção. Visto que o co-dependente possui um *self* que invade o mundo exterior, atribui ao meio a responsabilidade por aquilo que tem origem no seu *self*.

Isto é, o co-dependente projeta toda a responsabilidade ao dependente químico, familiares e ao meio por sua insatisfação ou ausência de prazer. Coloca-se como vítima e culpa o meio por suas frustrações, quer responsabilizar o mundo do quanto é 'coitadinho' em seu infortúnio. E quando se dá conta de que não é vítima, mas o controlador, a energia que dispndia no meio para suas projeções volta-se para si mesmo e vai, assim, resgatando seu sistema de 'awareness', encontrando uma autonomia e uma nova possibilidade de agir no meio, saindo do papel de vítima e controlador.

O co-dependente, ao se dar conta de que seu padrão de comportamento de controle e manipulação é também uma forma de anular-se pela confluência, encontra uma possibilidade de valorizar-se enquanto indivíduo. Quando este sai do ciclo neurótico, e vai em busca de sua singularidade e suas próprias identificações, encontra modos mais saudáveis de deixar o padrão de controle. Quando entende que não precisa antecipar as necessidade de outra pessoa, culpar-se, vitimar-se ou sentir-se responsável pelo outro (dependente químico), vai criando um novo ajustamento criativo, encontrando outra homeostase, que irá libertá-lo de seu próprio aprisionamento devido aos padrões da co-dependência.

Assim, o tratamento das famílias mostra-se fundamental para uma reversão do quadro de dependência, assim como para a saúde de todos os envolvidos.

Assim, é possível concluir que tanto o tratamento da dependência química como da co-dependência necessitam de uma evolução que se cruzam consideravelmente. Neste contexto da drogadição, sendo a família ressonância da droga, há nesta uma teia de relações que se comprometem mutuamente. Enquanto o dependente químico estiver inserido no contexto familiar, de fato, para a recuperação da família que adoeceu, não basta a redução de danos e nem somente a reinserção psicossocial, mas principalmente, a partir dos dados coletados, verificou-se a relevância em se tratar a co-dependência.

Percebe-se que, então, há um sintoma revelado: a doença em torno da dependência química não está atrelada apenas ao tratamento do adicto, mas consiste também na superação dos mecanismos neuróticos do co-dependente.

Observou-se, ainda, que o adicto vai melhorando, mantendo-se abstinente, ou vai reduzindo danos com a adicção de drogas menos prejudiciais, e consegue perceber prejuízos com o uso da substância nas esferas pessoais e interpessoais. No momento em que o adicto realiza um movimento de saúde, sai de suas interrupções, muitas vezes em consequência do uso freqüente das substâncias, consegue realizar um ciclo de contato saudável no meio, e recuperar possibilidades para mudanças em seu padrão de comportamento, e sua auto-regulação modifica-se. Muitos vão retomando atividades laborais, estudos e recuperando relações deterioradas pela dependência química.

Neste momento, surge uma questão relevante, pois quando o adicto melhora no seu tratamento, ocorre um desequilíbrio na homeostase do padrão familiar anteriormente existente. Assim, do mesmo modo que o co-dependente dá-se conta de suas interrupções por conseguir preservar-se mais, ou diferenciar-se do adicto; o dependente também provocará um desequilíbrio de tal intensidade. Deste modo, a saúde na rede familiar dependerá de uma atenção tanto para a evolução do co-dependente quanto do dependente químico.

Mas, como foi analisado no grupo de co-dependentes, muitos, inicialmente, aceitam a condição primeira da dependência química, para então estarem *awareness* de sua própria co-dependência.

No tratamento da co-dependência o organismo intra e interfamiliar é tratado. O organismo vai encontrando sua autonomia, na medida em que ambos os sub-organismos, em sua totalidade, vão tratando-se: dependente e co-dependente. A patologia da co-dependência implica em se tratar concomitantemente as fronteiras de contato interrompidas na rede

familiar, assim como a própria interrupção que o co-dependente sofre devido ao seu adoecimento.

6. Referências Bibliográficas

BEATTIE, M. **Para além da co-dependência**. S. Paulo: Record, 2000

BLACK, C. **It will never happen to me**. Denver: MAC, 1982.

BUCHER, R. A abordagem preventiva. Em R. Bucher (Organizador), **As Drogas e a Vida**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1988.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicoativas, no Brasil -2001. S. Paulo:CEBRID/UNIFESP, 2002

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. Levantamento Nacional sobre consumo de drogas psicoativas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio, da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras.. S. Paulo:CEBRID/UNIFESP, 2004

CARVALHO, V.L. Família: Ressonância da Droga. In: INEM, Clara e BAPTISTA, Marcos. **Toxicomania** – abordagem clínica. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sete Letras, 1997.

EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do Alcoolismo**. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; PILION, S.C.; DUMM, J.; LARANJEIRA, R. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. **J.Bras. Psiq.**, 48(10):471-478, 1999.

GALANTER M, Kleber HD. **Textbook of substance abuse treatment**. 2ª ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1999. p.165-81.

YONTEF, Gary M. **Processo, Dialogo E Awareness**. São Paulo: Summus Editoria, 1998.

LEWIN, Kurt . **Teoria de Campo em ciência social**. Trad. de Carolina Martuscelli Bori. São Paulo: Pioneira Ed., 1965.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec-Abrasco, 1996.

- MURRAY, C.J.L. e LÓPEZ, A.L. "Estimating causes of death: new methodologies and global and regional applications for 1990", in C.J.L. Murray e A.L. López (eds.), **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020**, Harvard University Press, 1996, p. 158.
- PERLS Frederick S. **Gestalt Therapy Verbatim**, Moab, Utah: Real People Press, 1969
- PERLS, F. S.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. - **Gestalt-terapia** - Trad. Fernando Rosa Ribeiro, São Paulo, Summus, 1997.
- SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia. Metodologia científica** - Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986. 108p.
- SCHENKER, M; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.10 no. 3, Julho/Setembro de 2003.
- SEIBEL, S.D. e TOSCANO, Jr. A. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: Seibel, S.D. & Toscano Jr. A (eds.), **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001, pp.1-6.
- WEGSCHEIDER, S. **Another chance: Hope and health for the alcoholic family**. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1981.
- World Health Organization. **The World Health Report. 2000. Health Systems: Improving Performance**. World Health Organization, Geneva. World Health Reports, 2000.