

**ASPECTOS DE CODEPENDÊNCIA EM FAMILIARES DE
DEPENDENTES QUÍMICOS: Relato de Experiência e Compreensão
Psicodinâmica**

**ASPECTS OF CODEPENDENCY IN FAMILY MEMBERS OF DRUG ADDICTS:
Experience Report and Psychodynamic Comprehension**

**ASPECTOS DE LA CODEPENDENCIA EN FAMILIARES DE DEPENDIENTES
QUÍMICOS: Relato de Experiencia y Comprensión Psicodinámica**

Lígia Silveira Frascareli ¹

Larissa Arroiteia Mariano de Souza ²

Maurício de Oliveira Filho ³

RESUMO: Tanto literatura especializada quanto a experiência profissional mostram que a família se encontra implicada na dependência química em vários aspectos: participando das dinâmicas destrutivas, promovendo suporte financeiro e emocional ao dependente, assumindo riscos e violências relacionadas ao uso, buscando tratamentos, vivenciando recaídas e compartilhando os afetos de preocupação, medo, raiva e incompreensão relacionados à condição. Neste trabalho de relato de experiência profissional, elencamos aspectos recorrentes no atendimento a familiares codependentes, a saber: 1) a crença sobre a origem externa do problema; 2) o vício ser visto como a única dificuldade psíquica do dependente; 3) a dificuldade de adesão do dependente ao tratamento e 4) a forma de comunicação ambivalente como padrão entre familiares e dependentes químicos. Descrevemos e refletimos teoricamente (abordagem psicodinâmica) sobre os temas, concluindo que as dificuldades das famílias se dão pela falta de compreensão sobre dependência, qual a implicação do sujeito com sua doença, pela dificuldade em aceitar a autonomia do usuário e a ambivalência dos sentimentos em relação a ele(a). Notou-se também o oferecimento de cuidados excessivos e ineficazes ao dependente químico, bem como tolerância excessiva, por parte dos familiares, em relação a comportamentos manipulatórios e violentos, caracterizando assim a codependência.

Palavras-chave: drogas; codependência; família; dependência.

ABSTRACT: Both specialized literature and professional experience show that the family is involved in drug addiction in various ways: participating in the destructive dynamics, providing financial and emotional support to the addict, taking risks and violence related to use, seeking treatment, experiencing relapses and sharing the affections of worry, fear, anger and incomprehension related to the condition. In this professional experience report, we list

¹ Contato principal para correspondência editorial. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8491-5084> E-mail: li.s.frascareli@gmail.com

² Sem ORCID informado. E-mail: larissaarroteia.97@gmail.com.

³ ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7126-6467>. E-mail: mauricio.de.oliveira.filho@gmail.com

recurring aspects in the care of codependent family members, namely: 1) the belief in the external origin of the problem; 2) addiction being seen as the addict's only psychological difficulty; 3) the addict's difficulty in adhering to treatment and 4) the ambivalent form of communication as a standard between family members and drug addicts. We described and reflected theoretically (psychodynamic approach) on the themes, concluding that the families' difficulties are due to a lack of understanding of addiction, what the subject's involvement with their illness is, the difficulty in accepting the user's autonomy and the ambivalence of feelings towards them. It was also noted that excessive and ineffective care was offered to the addict, as well as excessive tolerance on the part of family members for manipulative and violent behaviour, thus characterizing codependency.

Keywords: drugs; codependence; family; addiction.

RESUMEN: Tanto la literatura especializada como la experiencia profesional muestran que la familia se encuentra implicada en la dependencia química en diversos aspectos: participando en dinámicas destructivas, brindando apoyo financiero y emocional al dependiente, asumiendo riesgos y violencias relacionadas con el consumo, buscando tratamientos, vivenciando recaídas y compartiendo afectos de preocupación, miedo, rabia e incompreensión relacionados con la condición. En este trabajo de relato de experiencia profesional, enumeramos aspectos recurrentes en la atención a familiares codependientes, a saber: 1) la creencia sobre el origen externo del problema; 2) la adicción vista como la única dificultad psíquica del dependiente; 3) la dificultad de adhesión del dependiente al tratamiento y 4) la forma de comunicación ambivalente como patrón entre familiares y dependientes químicos. Describimos y reflexionamos teóricamente (enfoque psicodinámico) sobre estos temas, concluyendo que las dificultades de las familias se deben a la falta de comprensión sobre la dependencia, la implicación del sujeto con su enfermedad, la dificultad para aceptar la autonomía del usuario y la ambivalencia de los sentimientos hacia él/ella. También se observó el ofrecimiento de cuidados excesivos e ineficaces al dependiente químico, así como una tolerancia excesiva por parte de los familiares ante comportamientos manipuladores y violentos, caracterizando así la codependencia.

Palabras clave: drogas; codependencia; familia; dependencia.

Sobre dependência química e a família

As teorias e práticas relativas à compreensão e tratamento da dependência química revelam que o uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) afeta não apenas o usuário, mas, de maneiras diferentes, toda a sua rede de convívio (Meyers, Apodaca, Ficker & Slenisck, 2002). De acordo com Seadi e Oliveira (2009), para cada pessoa envolvida com o consumo de substâncias psicoativas, de 4 a 5 pessoas serão diretamente afetadas, incluindo-se aí cônjuges, filhos, pais e demais membros da família extensa.

A família, entendida como instituição privada e passível, no mundo pós-moderno, de vários arranjos possíveis, e enquanto portadora da função de socialização primária (Oetting & Donnermeyer, 1998; Schenker & Minayo, 2003), encontra-se implicada nas etapas da evolução do comportamento aditivo. Embora “implicada” não signifique “responsável” ou “culpada”, pode-se supor que alguns aspectos ou formas relacionais que ocorrem na família facilitem o aparecimento desta condição de adoecimento psíquico, na qual o dependente assume a figura de “bode-expiatório” de todo o sistema familiar no qual sua condição foi engendrada (Olievenstein, 1985).

Nessa perspectiva, tomou-se como ponto de partida para este trabalho alguns dos pressupostos da abordagem sistêmica, os quais sustentam que: 1) a drogadição é um sintoma que irrompe quando os contextos familiares e socioculturais oferecem possibilidades para tal manifestação; 2) o comportamento de um indivíduo afeta e é afetado pelo comportamento do outro numa relação de circularidade e não de linearidade; 3) é preciso trabalhar as interações familiares que dão suporte a padrões de desajuste na organização familiar (Schenker & Minayo, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a dependência química é classificada como um transtorno psiquiátrico e categorizada como uma doença crônica, progressiva, porém que conta com tratamentos disponíveis e que pode ser controlada. (OMS, 2002). Já o termo codependência se originou nos Alcoólicos Anônimos (AA), o qual procurou dar a ver o problema de dependência química como mais abrangente e que se estende para além do usuário de SPA propriamente dito. A codependência emocional é um padrão de comportamentos e sentimentos no qual uma pessoa coloca supostas necessidades dos outros acima das suas próprias, a ponto de prejudicar o próprio bem-estar (Dias *et.al.*, 2021).

Tal padrão inclui comportamentos controladores, autossacrifício e medo de rejeição, e tem como sinais ou características uma profunda necessidade de aprovação, autoestima precária, hábito de assumir tarefas excessivas e evitar conflitos a todo custo, preocupação excessiva com a vida alheia, chantagem emocional, hábito de tomar decisões pelos outros, sensação de culpa ou ansiedade ao fazer algo por si mesmo, idealização ou noções pouco realistas do outro, entre outros (Carvalho & Negreiros, 2011).

A vivência inicial e por tempo prolongado da dependência química na família faz com que as pessoas que integram o grupo sejam bastante afetadas em inúmeras dimensões e causa estremecimento e perda de qualidade nos relacionamentos intrafamiliares (Rodrigues *et. al.* 2018). O meio de convívio no qual o dependente químico está inserido é afetado direta ou

indiretamente a partir do conhecimento do uso (Aquino; Souza; Oliveira Jr. & Machado, 2019), usualmente no sentido de denunciar ao usuário a suposta desadaptação do comportamento aditivo, criticá-lo e exigir dele o abandono dessa prática.

Em contrapartida às preocupações e punições advindas do meio externo, o comportamento aditivo tende a se agravar e a se tornar crônico, incluindo aí a troca da substância de preferência por outras substâncias concebidas como mais “fortes” (o chamado comportamento de escalada). É também característico do quadro de dependência química, por parte do dependente, a minimização ou mesmo a negação da importância da relação com a substância e a gravidade do consumo, bem como a extrema ambivalência em relação ao uso e ao tratamento (Schenker & Minayo, 2003). Quando se nota algum aspecto problemático, geralmente este é direcionado apenas à própria substância de consumo, ignorando-se que há uma relação afetiva subjacente à relação de dependência física daquele composto químico.

Assim, o objetivo deste estudo foi o de relatar experiências profissionais que, pela repetição, nos levaram a seleção de alguns temas recorrentes verbalizados por familiares de usuários de álcool e outras drogas, buscando apontar aspectos comuns na dinâmica familiar frente ao problema da dependência química, no sentido de alinhar a experiência prática com as perspectivas teóricas que dão suporte ao fazer psicossocial.

Embora não seja possível ignorar os inúmeros e graves fatores de risco sociais e culturais para o uso de álcool e outras drogas, que tantas vezes são determinantes para o contato e início do uso de substâncias psicoativas, o objetivo aqui foi limitado à tentativa de apontar e buscar compreender algumas questões relativas às dinâmicas familiares presentes nesse contexto de adoecimento psíquico.

A justificativa para o estudo é discorrer sobre alguns temas que podem ser de fato muito comuns na prática de atendimentos a população nos serviços públicos, fornecendo elementos teóricos e reflexivos para maior compreensão desta questão tão específica. Cabe ressaltar, conforme apontado abaixo, que este estudo não se refere a casos particulares, sendo o único critério de seleção dos temas mencionados a extensa repetição em que aparecem no trabalho com as famílias.

Recorrência de temas nos atendimentos e acompanhamentos a familiares com características de codependência.

Os temas abordados por este estudo provêm de inúmeros atendimentos clínicos e sociais realizados com familiares de dependentes químicos, os quais se deram em instituições

públicas da área da saúde (CAPS AD de São Paulo - capital e interior) e da assistência social (CREAS - interior de São Paulo).

Nos modelos institucionais em setores da saúde, os atendimentos costumam acontecer no formato de grupos de orientação familiar, geralmente são de livre frequência (não é necessário que o dependente esteja em tratamento na mesma unidade ou em outro local, ou que o familiar compareça toda semana, sendo aberta a participação quantas vezes o familiar desejar, pelo tempo que desejar) e tem a duração estimada de 1 hora e 30 minutos, sendo realizado semanal ou quinzenalmente. Na assistência social, a escuta costuma se dar em visitas domiciliares, demandas espontâneas ou atendimentos agendados, individuais ou com o grupo familiar, e o objetivo se concentra na orientação e acompanhamento (e não tratamento).

Na assistência social, a escuta qualificada costuma se dar em visitas domiciliares, atendimentos individuais ou com o grupo familiar, seja por demanda espontânea ou agendamento, e o objetivo se concentra na orientação, acompanhamento familiar e oferta de serviços socioassistenciais na própria unidade (normalmente o CRAS ou o CREAS) ou na rede socioassistencial com vistas ao fortalecimento dos vínculos e da função protetiva da família e à autonomia dos indivíduos (Brasil, 2013).

Cabe ressaltar que, ainda que em desequilíbrio institucional, assistência social e saúde (juntas da previdência social) formam o Sistema de Seguridade Social, tendo ambas em suas leis orgânicas a intersetorialidade como uma diretriz de efetivação de suas ações (Carmo; Guizardi, 2017). Assim, partindo do princípio da incompletude institucional, não se espera dessas políticas que, unicamente com suas ações particulares, ofereçam resolutividade às demandas por elas alcançadas, mas que o façam com ações intersetoriais, coordenadas, integradas e continuadas.

Para a reflexão sobre as questões trazidas pelos familiares, utilizar-se-á como recurso teórico a abordagem psicodinâmica, em que a ênfase é dada à natureza relacional e contextual do comportamento humano (Schenker & Minayo, 2004).

Para alcançar o objetivo proposto, procuramos descrever os pontos essenciais dos questionamentos mais frequentemente apresentados pelos familiares em tratamento e/ou acompanhamento, e discorrer sobre eles apresentando hipóteses compreensivas sobre as dinâmicas estabelecidas em famílias que convivem com o problema da dependência química, tendo em vista a codependência. Essas modalidades de interação são expostas de maneira geral e nenhuma fala literal ou caso particular é mencionado ou referido.

É conhecido, a partir dos referenciais teóricos e da prática da psicologia clínica com dependentes químicos, que a dificuldade de adesão ao tratamento é significativa e que o índice de abandono do tratamento, quando este é iniciado, é altíssimo. Porém, nota-se que há uma imensa dificuldade em manter-se em alguma forma de cuidado também por parte da família, embora a grande maioria dos familiares referem que este é o maior e mais grave problema que enfrenta em sua vida atual (Rodrigues *et. al.*, 2018). Referem abandonar empregos, tirar licenças, perder noites de sono e madrugadas procurando o dependente pelas ruas, se expondo aos mais variados riscos, mas ao iniciarem o tratamento, tudo parece ser mais urgente ou importante que as reuniões, e as mais variadas justificativas aparecem para abandoná-las. Tudo o que não estava sendo feito até então devido aos problemas “trazidos pela droga” precisa ser feito em caráter emergencial (cirurgias, busca de novos empregos, cuidar de outros parentes adoecidos, etc...). Embora as famílias verbalizem acreditar que possam se beneficiar do tratamento/acompanhamento, encontramos na literatura (Figlie & Pillion, 2001) e na própria prática clínica que o tratamento é um projeto difícil de ser colocado em prática.

Conforme apontam Seadi e Oliveira (2009), na grande maioria dos casos as instituições de tratamento recebem o paciente com a missão de devolvê-lo recuperado à família, que não é percebida e não se percebe como parte integrante do problema e do processo de mudança necessário.

O segundo aspecto relevante é o fato de que a maior parte dos familiares participantes do contato com os profissionais serem do sexo feminino (especialmente mães e esposas). Esse fato se aproxima dos dados encontrados por Contel e Villas-Boas (1999) e Ramos (2004), que apresentam a questão da dependência como consequência relativa à ausência mais efetiva ou literal do pai na vida do dependente, bem como a uma relação simbiotizada e dependente em relação à mãe e às outras figuras femininas.

A partir do século XIX, com o advento da modernidade, o mesmo tempo em que o pensamento científico e secular é alçado a protagonista do debate público, o pensamento religioso é relegado à esfera privada e, com ele, a mulher – sensível, caridosa, espiritualizada – tem o seu papel de cuidadora da intimidade familiar antes reforçado que contestado. (Scott, 2017). Dessa forma, ainda que as lutas feministas, sobretudo a partir do Séc. XX, tenham questionado e realinhado em certa medida as expectativas públicas quanto ao papel social feminino, aspectos culturais e morais, sejam em termos religiosos ou seculares, concorrem

para a centralidade da mulher no papel de cuidado com os filhos, com o marido, com a casa – nem sempre consigo (Oliveira Filho, 2024).

Ainda que não seja o foco deste trabalho, cabe ressaltar que a existência das referidas figuras femininas que compõem essa relação simbiótica e dependente com pessoas usuárias evidencia a permanência no imaginário e na expectativa social da delimitação do papel da mulher como responsável pela dinâmica familiar do cuidado e dos afetos. Importada para o Brasil durante a montagem da sociedade colonial, a domesticação da mulher no ambiente da casa opera como um mecanismo de controle e manutenção da ordem social (PRIORE, 2009). Apropriando-se desse espaço para resistir às dores, à violência, ao abandono e à solidão impostas pela hierarquia existente desde as primeiras configurações familiares da Colônia, a interiorização do comportamento submisso da mulher que tudo suporta em nome da manutenção da família repercute até os dias de hoje, inclusive nas relações de codependência.

Nas instituições de saúde voltadas ao tratamento de dependência química, em geral a maior parte dos pacientes são homens. Segundo Ramos (2008) a figura do pai encontra-se periférica no contexto familiar do paciente; não raro, o pai também é ou já foi dependente químico, e as mulheres que procuram tratamento quase sempre vivenciam mais de uma experiência com homens dependentes químicos na família, não raro as mulheres vivenciarem este tipo de relação pela terceira vez em suas vidas, tríade composta por pai, marido e filho dependentes químicos.

Como terceiro aspecto relevante, podemos ainda apontar que os pacientes dependentes químicos, possivelmente de uma maneira geral, são indivíduos bastante ligados à família (de origem ou constituída). Embora ocorra um distanciamento nos momentos mais graves ou de crise (uso muito intenso com significativas perdas sociais e financeiras), os dependentes geralmente retornam à família nos momentos em que pedem ajuda para procurar tratamento, quando se encontram mais fragilizados ou sob ameaça. Parece haver, em relação à família, um movimento cíclico, tal como se dá com a droga, havendo momentos de intensa aproximação e momentos de afastamento. A contrapartida nas famílias também parece ocorrer com certa frequência: há momentos de expurgo e momentos de acolhimento em relação ao dependente, geralmente condizente com os momentos de crise e de melhora, respectivamente. Assim, a família tem, na maior parte do tempo, um contato intenso e difícil com o dependente, e tal contato parece se dar a partir de afetos extremados (amor-ódio) e aproximações/afastamentos também radicais (excessos de cuidados/ medidas de internação compulsória; conflitos e expulsão de casa).

Possibilidades compreensivas por meio da abordagem psicodinâmica

Os temas recorrentes levantados se apresentam em aproximada proporção nos atendimentos e orientações sociais, conforme se segue:

Crença sobre a origem ou fonte do problema com a substância: a grande maioria das famílias tende a apresentar o dependente como alguém muito “bom”, “trabalhador”, mas que foi influenciado por “más companhias” na experimentação da droga e a partir desse momento tornou-se uma pessoa problemática. Existe uma forte crença de que o envolvimento com a droga se dá exclusivamente a partir da influência externa.

A ideia do dependente químico como alguém de “má índole” ou “sem caráter” é preponderante no discurso social, e a família do dependente parece adotar esse discurso de uma maneira mais suportável para o sistema familiar, ou seja, fazendo uma cisão entre o indivíduo com e sem a droga.

Em um estudo que objetivou descrever a perspectiva de familiares/pessoas próximas a usuários de drogas ilícitas sobre fatores protetores e de risco, iniciativas de prevenção, serviços de tratamento e aspectos legais relacionados às drogas ilícitas (Vargens *et.al.*, 2009), também aparece alta prevalência de indicação da influência externa como causadora do comportamento adictivo (cerca de 89% dos entrevistados apontaram esse fator).

A alocação no externo parece gerar certo alívio ao sistema familiar, que ao suportar o confronto com o problema de maneira mais realista, inevitavelmente tenderia a observar seus próprios parentes como as ditas “más companhias”. Nos atendimentos, é notável a resistência em perceber e admitir que os dependentes demonstram, geralmente desde jovens, certa propensão às transgressões das leis e regras instituídas, como forma predominante de se colocar no mundo. Do ponto de vista teórico, aponta-se que assumir qualquer lei de forma duradoura é difícil na instabilidade que marca a vida psíquica do dependente (Olieveinstein, 1985; Postigo, 2010).

Parece ser paulatinamente negada a possibilidade de escolha e a abertura do próprio dependente a essas ditas “más companhias”, bem como o desejo pela substância e as particularidades emocionais e comportamentais apresentadas desde a infância, e, desde então, mal suportadas pela família. As “más companhias” são geralmente os pares identificados com o modo de vida e funcionamento emocional do dependente. Porém, são entendidas (tanto pelos familiares como pelos próprios dependentes) como pessoas com alto poder de

persuasão, como se o dependente fosse incapaz de desejar, fazer escolhas e tomar as próprias decisões. Em oposição a essa perspectiva, Oetting & Donnermeyer (1998) encontraram em suas pesquisas que os jovens não são cooptados por amigos antissociais, mas esses amigos se tornam atraentes pelo fato de o meio familiar apresentar abundância de conflitos, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, severas dificuldades de comunicação e outros aspectos afetivos insustentáveis para a estruturação psíquica do “futuro dependente”.

Através dos questionamentos trazidos pelos familiares referentes a este tópico, fica evidente a grande dificuldade de compreensão sobre a própria condição de “dependência”. O voluntarismo, parte integrante desta modalidade de adoecimento psíquico (Olieveinstein, 1985) entra em rota de colisão com os valores ou expectativas da família, mesmo nas famílias mais desfavorecidas. Segundo Hutz e Pacheco (2009), a vinculação a pares com comportamento antissocial e aditivo, bem como o próprio comportamento antissocial, se torna uma possibilidade de manifestação frente a relações sociais (especialmente familiares) enfraquecidas ou que apresentam formas de controle e proteção ineficazes. Já Pratta e Santos (2006) apontam diversos estudos que têm demonstrado fatores do universo familiar como capazes tanto de favorecer quanto de exercer efeito preventivo no risco do uso de drogas. Esses estudos mostram que fortes vínculos familiares, o estabelecimento de regras e limites claros e coerentes, o monitoramento e a supervisão, o apoio, a negociação, a comunicação e o equilíbrio da família são fatores que protegem os adolescentes da influência dos grupos de usuários. Esses fatores de proteção e risco mostraram-se bastante desconhecidos pelas famílias acompanhadas pelos autores deste estudo.

O problema do sujeito é única e exclusivamente em relação à dependência de determinada(s) substância(s): parece existir uma forte crença de que se a abstinência fosse conquistada, (via tratamento médico ou religiosidade), todo o adoecimento psíquico desapareceria.

Nos casos acompanhados, notamos que não há reconhecimento de que as dificuldades emocionais antecedem e engendram a relação com a droga ao invés de serem criados por ela, em conformidade com o que aponta Olievenstein (1985), embora o uso se torne um fator agravante de tais dificuldades. Em geral as famílias (e nisso se assemelham ao discurso do próprio dependente) repetem exaustivamente que toda a problemática gira em torno do “querer parar” de usar droga de preferência, alocando a “escolha” no âmbito moral. Reagem com surpresa e descrença quando se coloca a possibilidade de que o uso compulsivo da droga

pode não estar relacionado ao “querer” do dependente, mas ao “precisar”, sendo a droga uma alívio para questões emocionais anteriores.

Conforme aponta Aulagnier (1985, p.150), ao tornar-se fonte de todo o prazer para o dependente, o entorpecimento é “*deslocado para o registro da necessidade*”, mas parece haver uma preferência em observar o usuário de SPA como “sem vergonha” a vê-lo como “doente”, talvez pela culpabilização e impotência que tal perspectiva apresenta aos familiares.

Em parte, isso pode dever-se à própria modalidade de adoecimento psíquico exposto pela droga: o dependente é alguém capturado pelo prazer e, portanto, o que mostra é o gozo, e isto dificulta a percepção de seu sofrimento psíquico e da necessidade de ruptura com a realidade insuportável vivida por ele. Por outro lado, ficam patentes os sentimentos de raiva expostos pelas famílias, pois sentem que sofrem enquanto o suposto “doente” sente-se, pelo menos em parte do tempo, muito melhor que eles devido ao efeito das drogas.

Muitas vezes, após alcançado um período da tão almejada abstinência, as queixas não desaparecem das falas dos familiares, e até se intensificam: “*Ele está muito irritado, muito chato, muito sem paciência...*”. Com grande frequência, as famílias julgam esses comportamentos como derivados da “vontade de usar droga”, e demonstram intensa dificuldade em observar que os parentes dependentes são pessoas que sofrem de intensas dificuldades em lidar com a realidade e consigo mesmos, que são instáveis, intolerantes à frustração e imaturos em diversos aspectos, e que isto está para além da relação com a droga. E acabam perguntando se “*não tem algum remédio que o acalme*”, denunciando a permanência latente na própria família do método (químico) de adoecimento que o dependente desenvolveu.

Dificuldade de adesão do dependente ao tratamento: frente à ambiguidade que o dependente demonstra em relação à dependência e ao próprio tratamento (querer e não querer “parar”), e frente à enorme dificuldade de convivência com ele e sua(s) substância(s) de escolha, os familiares trazem o questionamento sobre o que podem ou devem fazer para que o dependente queira se tratar.

A questão do tratamento é sempre bastante carregada de angústia. A maioria dos familiares já vivenciou inúmeras outras tentativas de tratamento malsucedidas devido ao abandono precoce por parte do paciente, e chega ao momento da orientação com a expectativa de que exista alguma “fórmula” que garanta a adesão ao tratamento. Por outro lado, a experiência clínica tem mostrado que a angústia do questionamento já revela no próprio familiar a descrença quanto a esta expectativa, pois não há muito o que fazer quando o

dependente ainda não está no momento de perceber que não consegue mais ficar com a droga, e nem sem ela (Briguet, 2008), e então resolver procurar ajuda.

Existem técnicas terapêuticas que se utilizam da participação familiar para a entrada e manutenção do paciente no tratamento tais como os métodos de “Terapia de Família Unilateral”; “Terapia de Rede”; “Intervenção”, entre outros (citados na revisão de Schenker & Minayo, (2004). Provavelmente todas as abordagens de tratamento para dependência química supõe a participação familiar e ressaltam esse aspecto como positivo para a recuperação do paciente.

O estudo de Rodrigues *et. al.* (2018, p.2407) aponta dado semelhante a partir de fragmentos de entrevistas com familiares de dependentes químicos:

[...] os depoentes expressaram se sentir decepcionados/ frustrados, por investirem tempo e esforços ao tratamento do membro dependente, e criar expectativas quanto à recuperação e ao futuro que frequentemente, não se realizam devido, principalmente, ao fato de que a dependência de drogas se trata de uma doença crônica e que necessita de atenção e cuidados constantes.

Porém foi observado um posicionamento de outra ordem dos familiares. Muitos explicitam um desejo de realizar o tratamento *pele* paciente, e não *com* ele. A demanda parece ser a de que exista um tratamento que funcione independente da vontade ou mesmo da participação daquele.

Observou-se em praticamente todas as famílias atendidas, em algum ponto do acompanhamento, alguma tentativa nesse sentido: os familiares perguntavam se poderiam passar por consulta psiquiátrica para o dependente mesmo que ele não quisesse comparecer, se poderiam ministrar a medicação sem o pedido, conhecimento ou mesmo sem a autorização do paciente, se poderiam ter acesso à frequência do paciente no tratamento, etc. Nesse sentido, atuam em prol da não autonomia do paciente, tomando para si a parcela de tratamento que não lhes cabe, supostamente “para ajudar”.

Frente a inúmeras tentativas mal sucedidas de tratamento “à força”, resta ao familiar dar-se conta de sua própria impotência frente à individualidade mal sustentada do outro. Conforme foi identificado, frente a esta percepção e à frustração causada por ela, o familiar tende a reagir de maneira um tanto violenta, tanto em relação ao dependente, quanto em relação ao tratamento, realizando acusações sobre a qualidade dele, colocando

questionamentos pessoais ao terapeuta (especialmente do tipo “*você tem filhos?*”) e tornando-se resistentes às colocações e interpretações.

Os familiares geralmente demonstram, nesse sentido, uma dinâmica muito próxima à dinâmica do dependente, revelando uma intensa dificuldade em estabelecer um cuidado apropriado para si, e especialmente, demonstrando uma intensa recusa dos próprios limites. Dizem muitas vezes que “*não aguentam mais*”, mas não se impõem ou aceitam limites aos “cuidados” para o outro, que, geralmente, são excessivos. Mostram também intensa dificuldade em se ocuparem com a própria vida e com as próprias escolhas, dizendo das mais variadas maneiras: “*sou infeliz por causa dele*”.

O “ritmo” do funcionamento familiar, muitas vezes, acompanha o ritmo da desorganização do dependente: quando este se recupera, a família fica “ótima”; quando este recaí, a família rapidamente entra em desespero e retorna ao mesmo modo de funcionamento utilizado desde o reconhecimento do uso, não conseguindo manter-se estável e em negociação com a realidade. Procuram soluções rápidas, imediatas e, se possível, mágicas. Ou se deprimem, param de comer e de dormir, buscam internações involuntárias exploratórias e violentas, perseguem o dependente em sua perseguição pela droga, aceitam a ultrapassagem os limites e o desrespeito, etc.

Comunicação dupla: esta categoria refere-se a um aspecto bastante complexo da dinâmica familiar, que não se configura exatamente como um tema, porém como uma modalidade de funcionamento que pôde-se nomear dessa forma. No discurso da maioria dos familiares há um desejo inegociável de que o indivíduo deixe de usar a substância, porém no cotidiano aparecem inúmeras ocasiões em que as condições de vida enquanto dependente e o próprio consumo da substância são sustentados e até “motivados” pelos familiares, sem que se tenha plena consciência disso. Práticas como dar dinheiro, fazer agrados, preparar banho e alimentação, comprar roupas novas, celulares novos, oferecer negociações e quitar dívidas com traficantes/bares, exigir de outros membros da família que ajudem financeiramente o dependente, não chamar a polícia em situações de ameaça e roubo, entre outras, são extremamente comuns, ou mesmo a regra.

Os familiares justificam essas atitudes pelo viés da preocupação com a vida, saúde e bem-estar do dependente. Pedem em troca, geralmente, que o dependente troque a droga pela família que tanto o ajuda, situação que o dependente costuma driblar com as infundáveis mentiras e promessas de melhora, com as mais diversas formas de sedução afetiva ou com reatividade, ameaças e violência.

Porém, na prática, a família geralmente não deixa que a consequência da droga apareça, servindo ao dependente como um “anteparo”, por um paradoxal medo de que aquele dependente venha a falecer, tenha problemas legais ou passe por situações de risco ou humilhação. Paradoxal porque sabem, de alguma forma (“inconsciente”?) que suas atitudes facilitam enormemente a permanência no vício e em todos os riscos das cenas de compra e uso. Nesse sentido, podemos contestar o senso comum de que o sujeito codependente perfaz o polo “bom” da relação, enquanto o dependente é o sujeito verdadeiramente doente e, por vezes, tido como narcisista ou portador de transtornos de personalidade. A codependência se apresenta mais como um padrão neurótico (e, portanto, repetitivo) de funcionamento em que as pessoas se sentem compelidas a cuidar e servir o outro baseado em um verdadeiro horror a enfrentar sentimentos negativos e mudanças. Assim, pessoas codependentes também apresentam as mesmas características de manipulação, manutenção da situação problemática e insistência nos padrões desadaptativos de vida, formando com o dependente uma verdadeira estrutura de co-fundação, não de dicotomia.

Como hipótese e interpretação que se mostrou bastante efetiva na experiência profissional, apontamos que a família possui o desejo que o dependente interrompa o uso da substância, mas que é bastante ambíguo o desejo de que ele se torne independente, no caso, da própria família. O dependente é geralmente o filho que não sai da casa dos pais, ou a ela retorna de tempos em tempos, o marido grato pelos excessivos cuidados e que não se divorcia, o irmão que faz aparecer os outros irmãos como os “filhos bons”. Parece ser difícil renunciar aos papéis complementares ao papel do dependente, pois os comportamentos evidenciados por ele a partir de seu enfraquecimento de ego, de sua pouca autonomia, de seus escassos recursos para lidar com a realidade e com o próprio mundo interno, convidam os outros a sua volta a terem um papel de controle sobre ele, e, portanto, de poder.

De acordo com as pesquisas em relação ao universo familiar, diferentes autores, dentre os quais Stanton & Shadish (1997), chegaram a algumas conclusões convergentes às apresentadas neste estudo, entre eles, que há diversos fatores familiares que possuem relação com o processo aditivo, que o abuso de drogas pode auxiliar a manutenção da homeostase familiar e, especialmente, que certos membros da família podem “facilitar” comportamentos que perpetuam o abuso de substância por um dos seus membros. Postigo (2010) aponta como possível explicação para a drogadição/alcoolismo a impossibilidade de introjeção de um objeto bom e estável no dependente por falhas na função materna: “... *essa dependência ao objeto em sua realidade e concretude está diretamente referida à dependência que o sujeito*

estabelece com essa mãe arcaica falha...” (p.106). Podemos pensar no caminho inverso e postular que este filho que depende (também da família) realiza uma função de sustentação psíquica essencial, sem a qual o sistema familiar poderia colapsar. Um filho dependente é um filho eternamente infantilizado, e recompensa a angústia de separação de quando está com a droga nunca se separando dos pais como adulto, separação esta que seria definitiva e levaria à vivência de um luto que a família do dependente parece não suportar.

As inúmeras famílias a que pudemos acompanhar geralmente não se dão conta de que sem a droga, o dependente não continuaria em casa, ou mudaria sua forma de estar nela. É da relação com a droga que emana continuamente a força desse tipo de vínculo simbiótico e adoecido, e sempre apontamos que “melhora” e “cura” em dependência química se referem, em primeiro lugar, a ganho de autonomia, e não apenas ao abandono da substância.

Reflexões finais

As maiores dificuldades das famílias em relação à dependência química indubitavelmente se mostraram em relação à compreensão sobre o que é a doença e que esta vai além do uso de drogas. A compreensão com a qual as famílias chegam ao tratamento é eminentemente aliada a um senso comum moralista, e a fala implícita é a de que “usar drogas é errado”. As famílias desejam que o comportamento seja interrompido, sem a compreensão deste comportamento como um sintoma pertencente a uma disfunção de funcionamento da personalidade como um todo. Muitas vezes, as famílias se sentem responsabilizadas por seus entes queridos serem dependentes de drogas, e as questões relativas ao preconceito existente neste assunto gera grande sofrimento e vergonha familiar.

Há também a impossibilidade de atuar no sentido da autonomia do paciente, aspecto fundamental para sua recuperação. A própria codependência pode se desenvolver, por exemplo, a partir do cuidado excessivo à familiares usuários de drogas (Patias, Vieira & Santos, 2022), estabelecendo dinâmicas de vida onde o fator preponderante é *cuidar daquele que não deseja se cuidar*. O codependente assume responsabilidades que não são suas, concentrando-se na vida do outro e tendo impacto na sua qualidade de vida, ficando vulnerável e, por vezes, acreditando que é vítima das atitudes do usuário (Patias, 2022)

Existe também uma forte ambivalência dos sentimentos em relação ao dependente e à própria doença. É muito comum os familiares mostrarem muita raiva em relação ao dependente com o qual tanto se preocupam. Há grande dificuldade de responsabilização do dependente por sua doença, que é substituída pela culpabilização.

Conclui-se também, a partir dos temas levantados, que a preocupação e os cuidados dispensados pela família em relação ao dependente geralmente são excessivos e ineficazes, pois tendem a alimentar as relações disfuncionais, simbióticas e heterônomas, fator que também foi encontrado no estudo de Rodrigues *et.al.* (2018), no qual os autores apontam como achado de entrevistas o intenso medo que familiares apresentam em deixar o dependente químico sozinho.

É de grande dificuldade a compreensão de que a resolução do problema do indivíduo com a droga cabe a ele, e que a devolução desta relação problemática ao próprio dependente é o que pode fazê-lo chegar a um momento de crise mais profundo, fundamental para aquisição de crítica e do desejo de rompimento com a droga e suas consequências maléficas.

A família, ao tentar aplacar os efeitos negativos da substância, motivados pelo medo e especialmente pela culpa de, não raro, pensarem que *“preferiam que ele estivesse morto”* (verbalização relativamente comum nos atendimentos individuais, porém muito rara em grupos, provavelmente por medo do julgamento social), acaba servindo de anteparo para a percepção do problema-droga que se instalou na vida do indivíduo. Frequentemente, os próprios dependentes químicos, ao serem ouvidos, queixam-se não dos problemas com a droga, mas dos problemas com os familiares.

Costumamos observar ser extremamente negativa a reação das famílias à perspectiva de *“deixarem o dependente com sua droga”*, pois não parece ser possível desvincular esta proposição de medidas do tipo punitivas (abandono, expulsão, etc). Ou seja, no imaginário das famílias, deixá-lo com a droga só poderia significar abandoná-lo por completo, deixando-o à própria sorte e à mercê da morte.

Não obstante a intensa retirada da autonomia do sujeito-dependente, o discurso familiar sobre a doença marca constantemente a diferença *“você - nós”*, sendo o dependente o *“doente”*, o diferente, o imoral, o que está fora do funcionamento familiar *“normal”* mantido pelos outros membros.

Com a experiência adquirida no trabalho com familiares de dependentes químicos, percebemos que existem muitas aproximações e semelhanças entre forma de lidar com o mundo interno no círculo intrafamiliar do dependente, com a tendência de colocar no outro a responsabilidade pelo próprio bem-estar. O dependente também faz isso, mas procura a droga como recurso.

Coloca-se como hipótese que a drogadição e o alcoolismo perturbam a dinâmica familiar não apenas pela alteração do comportamento do dependente, mas essencialmente por

ser um recurso externo, o que denuncia a esta família que há algo para além dela. Essa é a dificuldade de aceitar o projeto do dependente: ele é e não é, simultaneamente, uma extensão dos desejos familiares, inclusive dos menos saudáveis. Sua busca pela substância é uma tentativa paradoxal de autoconservação e criação de uma identidade, ainda que ineficaz e instável, a qual não pôde ser criada ao longo do desenvolvimento, inclusive pelos constantes choques e traumas dos quais o “futuro dependente” não foi protegido.

Cabe ainda discordarmos do que aponta o estudo de Vargens (2009) acima mencionado, onde a família é indicada como a principal responsável pelas iniciativas de prevenção. A família real encontrada em nossos atendimentos apresenta-se desestabilizada, geralmente com múltiplos membros que necessitam de cuidados e carente de recursos para lidar com tal tarefas e com a realidade como um todo, mostrando-se quase sempre fragilizada ou mesmo em situação de extrema vulnerabilidade psíquica e/ou social.

De acordo com a experiência clínica apresentada neste estudo, cabe pensar se esta família enquanto instituição é capaz de realizar medidas de prevenção efetivas, ou se de fato necessita de medidas socioeducativas e preventivas tanto quanto os próprios dependentes químicos.

Referências Bibliográficas

- Aquino, Y. S., Souza, L. S., Oliveira Jr., A. A., & Machado, P. G. B. (2019). A influência da relação familiar na vida do dependente químico. *Cadernos da Escola de Saúde, 18*(1), 95–107.
<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/4479>
- Aulagnier, P. (1985). *Os destinos do prazer*. Imago.
- Bergeret, J., & Leblanc, J. (1991). *Toxicomanias: Uma visão multidisciplinar*. Artes Médicas.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013). *Tipificação nacional dos serviços socioassistenciais*. Secretaria Nacional de Assistência Social.
- Briguet, A. P. (2008). *Ritmos do encontro: A terapia ocupacional e a farmacodependência* [Dissertação de mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Carmo, M. E. do, & Guizardi, F. L. (2017). Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: Uma revisão do estado da arte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 27*(4), 1265–1286.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>

- Carvalho, L. de S., & Negreiros, F. (2011). A co-dependência na perspectiva de quem sofre. *Boletim de Psicologia*, 61(135), 139–148.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v61n135/v61n135a02.pdf>
- Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(4), 225–230.
- Del Priore, M. (2009). *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia*. Editora UNESP.
- Dias, L. M., Alves, M. S., Pereira, M. O., Melo, L. D., Assis, C. C. G., & Spindola, T. (2021). Health personnel, family relationships and codependency of psychoactive substances: A phenomenological approach. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), Artigo e20200309. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0309>
- Figlie, N. B., & Pillon, S. C. (2001). Dependência química: Novos modelos. In G. A. Focchi, M. C. Leite, & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: Novos modelos de tratamento* (pp. 61–75). Roca.
- Meyers, J., Apodaca, T., Ficker, S., & Slenisck, N. (2002). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal*, 10(3), 281–288.
- Oetting, E. R., & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse*, 33(4), 995–1026.
- Olievenstein, C. (1985). *Destino do toxicômano*. Almed.
- Oliveira Filho, M. de. (2024). “Seja homem”: Análise temática de pregações sobre masculinidades no YouTube [Dissertação de mestrado]. Universidade Metodista de São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. OMS.
- Patias, T. M., Vieira, A. G., & Santos, A. M. P. V. (2022). Percepção de codependência e estratégias de enfrentamento de familiares de usuário de drogas. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(3), 3–16. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v14i4.2084>
- Postigo, V. M. C. (2010). *Adicção: Um estudo sobre passividade e violência psíquica*. Juruá.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: Um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315–322.
- Ramos, S. P. (2004). A psicanálise e os dependentes de substâncias psicoativas: Onde está o pai? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(3), 649–677.
- Ramos, S. P. (2008). O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 83–84.

- Rodrigues, T. F. C. S., Sanches, R. C. N., Oliveira, M. L. F., Pinho, L. B., & Radovanovic, C. A. T. (2018). Feelings of families regarding drug dependence: In the light of comprehensive sociology. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 5), 2272–2279. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0150>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299–306.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: Uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 649–659.
- Scott, J. W. (2017). *Sex and secularism*. Princeton University Press.
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: Um estudo retrospectivo de seis anos. *Revista de Psicologia Clínica*, 21(2), 363–378.
- Vargens, O. M. C., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., & Wright, M. G. M. (2009). Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 776–782.