



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS**  
**CURSO: PSICOLOGIA**

## **ALCOOLISMO E SISTEMA FAMÍLIA**

**BRASÍLIA**  
**JUNHO/2003**

**MAGDALA PAZ MARTINS**

## **ALCOOLISMO E SISTEMA FAMÍLIA**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Prof. Orientadora: Tania Inessa Martins de Resende

**Brasília/DF, junho de 2003**

# AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo legado que recebi.

Ao meu irmão Newton que me estendeu a mão num momento de imenso desespero e desesperança e mostrou o significado da verdadeira irmandade.

A minha irmã Goretti e meu cunhado Maurílio pelo carinho como me receberam em sua casa e por terem me dado sobrinhos que, de maneira tão terna, me ensinaram o que é amor incondicional.

Aos mestres que encontrei pela vida e ensinaram a acreditar na essência divina do ser humano, em especial aos professores Alexandre Marques e Suzana Joffily pela amizade, estímulo e retidão de conduta.

Aos meus queridos amigos de antes, durante e depois, pelo carinho que sempre me dedicaram.

Ao G4, que depois de algum tempo transformou-se em G4+2, pelo carinho que dedico a cada um de seus membros.

A todos meus professores, em especial a minha orientadora, Tania Inessa, pela postura firme e dedicada com que se entrega a profissão.

# SUMÁRIO

<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	06
--------------------------------	----

<b><u>DESENVOLVIMENTO</u></b> .....	08
-------------------------------------	----

## **CAPÍTULO I HISTÓRICO DO ÁLCOOL**

1.1. Histórico .....	08
1.2. Etiologia .....	09
1.3. Epidemiologia .....	11
1.4. Diferentes maneiras de abordar o tema alcoolismo .....	13

## **CAPÍTULO II SISTEMA FAMILIAR**

2.1. Terapia Familiar .....	16
2.2. Famílias Alcoólicas .....	17
2.3. Negação .....	19
2.4. Adolescente e o Álcool .....	21
2.5. Mulher e Álcool .....	23

## **CAPÍTULO III E NO CONSULTÓRIO COMO FICA? Usando a Análise Transacional para Entender a Família**

3.1. O que é AT? .....	25
3.1.1. Análise Estrutural e Funcional .....	26
3.1.2. Análise das Transações.....	29
3.1.3. Carícias .....	31
3.1.4. Programação do Tempo .....	34
3.1.5. Emoções e Disfarces .....	35
3.1.6. Posição Existencial .....	36
3.1.7. Jogos .....	37

3.1.8. <i>Script</i> de Vida .....	41
3.1.9. Mini <i>Script</i> .....	45
3.1.10. Dinâmica de Grupo .....	45
3.2. E o Terapeuta Como Atua? .....	46
<b><u>CONCLUSÃO</u></b> .....	49
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	51

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo fazer uma revisão bibliográfica a respeito de alcoolismo e família. Serão analisados os fatores históricos e etiológicos que contribuíram para a formulação de conceitos acerca do que é o alcoolismo. Os conceitos básicos sobre família alcoólica, as relações de dependência e interdependência desse sistema, com foco principal voltado para a Teoria Sistêmica e Análise Transacional. Estas teorias serão utilizadas para a formulação de uma nova proposta de conduta terapêutica frente ao problema do alcoolismo e da interação familiar.

# INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo fazer uma revisão bibliográfica a respeito de temas relevantes sobre alcoolismo.

Serão abordados os conceitos básicos sobre alcoolismo e família, as relações de dependência dentro do sistema familiar e suas implicações.

Sabe-se, hoje, que a família, como grupo social primário, tem uma contribuição fundamental a dar na recuperação e na reintegração social de pessoas dependentes de álcool e outras drogas.

Para Elkaïm (1998) “as famílias humanas são unidade emocional. Seus membros acham-se ligados uns aos outros de tal maneira que o funcionamento de cada um deles automaticamente afeta o dos demais” (p. 72).

É fato que os membros das famílias alcoólicas muitas vezes desenvolvem comportamentos e atitudes disfuncionais perante estes indivíduos, muitas vezes não contribuindo para seu processo de recuperação. Freitas (2002) aborda muito bem essa interdependência familiar, em seu livro *Adolescência, Família e Drogas*:

*(...) Em um grupo familiar no qual surge de forma mais proeminente um drogadependente, percebe-se que ele é apenas o representante eleito da problemática dessa família. Esse eleito surge comumente na adolescência, já que esse é um momento de vida crucial, em que as transformações corporais e psicológicas pelas quais passa o adolescente produzem também grandes modificações na família (p. 41).*

Neste estudo serão elencados quais os papéis desempenhados por cada membro dessa intrincada cadeia. Para isso serão utilizadas abordagens diferentes que tratam de alcoolismo e grupo familiar, com foco principal na teoria sistêmica e análise transacional.

Já no primeiro capítulo será mostrado quão difícil é estabelecer, etiologicamente, um padrão que defina as causas do alcoolismo, bem como as diferentes maneiras de encarar o problema.

Será realizado um comparativo entre as diversas abordagens teóricas em psicologia com relação a estrutura do dependente e sua relação com o meio, com o objetivo de mapear quais são seus padrões comportamentais e a melhor maneira de lidar com o doente.

Utilizar-se-á da teoria de Análise Transacional e de exemplos práticos para demonstrar as dinâmicas que envolve o grupo familiar alcoólico.

Assim, para que não existam distorções relativas a conceituação adotar-se-á, para o presente estudo, a definição de alcoolismo dada por Cárter (1995):

*(...) o alcoolismo constitui um processo sistêmico que afeta e é afetado pela interação entre o bebedor e o álcool, o bebedor e ele mesmo, e o bebedor e outros. Os efeitos do beber resultam em mudanças adaptativas em todos os níveis sistêmicos, e uma vez que ele é altamente destrutivo em todos esses níveis, assim como uma ameaça potencial à vida, o alcoolismo é muito adequadamente chamado de doença (p.416).*



# CAPÍTULO I

## HISTÓRICO DO ÁLCOOL

### 1.1 Histórico

*“Quero beber! Cantar asneiras  
No esto brutal das bebedeiras  
Que tudo emborca e faz em caco...  
E voé Baco!”  
(Manuel Bandeira, 2002, p. 20)*

Vários autores, dentre eles Vaillant (1999), referem-se ao problema do alcoolismo como sendo um costume antigo. A tecnologia para a fabricação de bebidas alcoólicas data de quase oito mil anos atrás, sendo, portanto, um costume que tem persistido por milhares de anos. O álcool tem sido usado como um elemento divino, exemplos disso são encontrados na mitologia, Dioniso para os Gregos, Baco para os Romanos.

No princípio as bebidas possuíam um teor alcoólico relativamente baixo, já que dependiam unicamente do processo de fermentação, como por exemplo, o vinho e a cerveja. Quando os Árabes introduziram na Europa medieval a tecnologia da destilação a bebida passou a ser considerada como um medicamento para todos os males, pois aliviava mais rapidamente a dor.

Com a revolução industrial, houve um aumento na oferta de bebidas destiladas, o que contribuiu para um maior consumo e, por conseqüência, um aumento

no número de pessoas com algum tipo de problema relacionado ao uso excessivo do álcool.

Nesse mesmo século, cientistas e médicos, influenciados pelos conceitos filosóficos da época, começaram a catalogar e a diagnosticar vários tipos de doenças, particularmente as mentais, que até então eram tratadas pela igreja. Descreveram e classificaram o problema com o álcool, mas poucos tinham interesse nos motivos que levaram as pessoas a beber. Apesar da preocupação em dar uma classificação lógica para o alcoolismo a atitude dos médicos era a de considerá-lo um vício e um sintoma de degradação moral, mais que uma doença.

A denominação alcoolismo foi proposta pelo médico sueco Magnus Huss, ainda no século XIX, para caracterizar toda a gama de problemas físicos e mentais derivados do uso excessivos e continuado de bebidas alcoólicas (Vaillant, 1999).

Só depois da primeira década do século XX é que surgiram estudos sobre alcoolismo que o relacionava a questões sociais, culturais e psicológicas, colocando-o num contexto mais amplo e menos moralista.

A partir de 1951 o alcoolismo foi devidamente reconhecido como enfermidade pela Organização das Nações Unidas (OMS), apesar de, ainda hoje, existirem profissionais que trabalhem o problema com o álcool como uma questão de caráter.

## **1.2. Etiologia**

Para se iniciar o estudo da etiologia do alcoolismo é importante entender que o álcool, assim como outras drogas, causa dependência física e/ou psíquica. Schuckit (1991) afirma que é característica da dependência psicológica a necessidade de experimentar ao máximo seus efeitos de “bem-estar”. O mesmo autor observa que a

dependência física indica uma adaptação fisiológica ao uso abusivo da substância, com o desenvolvimento de sintomas quando o uso da droga é interrompido.

Os fatores psicológicos e fisiológicos envolvidos na questão do alcoolismo são subjetivos e praticamente não quantificáveis objetivamente, sendo limitado em termos de diagnóstico.

Vaillant (1999) afirma que um estudioso do método experimental diria que o alcoolismo deve ser um sintoma de uma ansiedade subjacente, pois o álcool é usado para reduzir a tensão. Deve ser tanto um hábito auto-indugente quanto autodestrutivo, pois deve ser uma consequência tanto de uma infância permissiva quanto traumática. O álcool é fisiologicamente viciante, assim a cura deve resultar de um abandono devidamente conduzido.

Ramos (1990) considera que o álcool é “uma droga psicoativa que admite – dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias – um uso sem problemas. Contudo, o seu uso inadequado pode trazer graves consequências tanto a nível orgânico, como psicológico e social, caracterizando a condição conhecida como alcoolismo” (p. 25).

Também se referindo a dificuldade em se determinar as causas do alcoolismo, Melman (2000) propõe que: “querer, a seu propósito, ater-se às modalidades de um comportamento equivale a fixar o nível de uma avaliação quantitativa, necessariamente impreciso, misturando à sua rubrica determinações muito diferentes” (p. 15).

Assim, não há como criar uma definição universal sobre a etiologia do alcoolismo, seja ela biológica, psicológica ou social. Na origem dessa complexa condição estão vários e diferentes fatores de vulnerabilidade. Com maior ou menor probabilidade, todos os que bebem têm potencial para tornar-se um alcoolista, o que dependerá da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade ao qual o indivíduo está exposto.

### 1.3. Epidemiologia

É indiscutível que o alcoolismo é um grave problema de saúde pública, não só no Brasil como no mundo. Griffith (1998), enfatiza que:

*(...) muitos países da Europa central e oriental estão enfrentando um crescimento preocupante no consumo de álcool e problemas derivados. Em algumas áreas do mundo em desenvolvimento, o consumo de bebidas produzidas comercialmente está crescendo, mas, apesar da monitoração deste consumo ser relevante para o planejamento nacional de saúde, geralmente não há dados confiáveis disponíveis. Acompanhando as mudanças no consumo geral estão as que envolvem a escolha da bebida, os padrões de consumo e, às vezes, também uma nova divisão do consumo entre subgrupos populacionais (p. 53).*

Já Rouquayrol (1988) em seu livro Epidemiologia e Saúde, refere-se ao tema como sendo:

*(...) fenômeno que poderia atingir apenas alguns indivíduos fragilizados pela genética, traumatismo ou azares constitucionais, de fenômeno que somente se massificaria dentro de ritualizadas cerimônias do ser humano com o cosmo e a magia, o alcoolismo se transforma num dos maiores problemas de saúde pública. Os outros vícios, somados, nem se aproximam da importância epidemiológica do alcoolismo (p. 403).*

Em reportagem produzida para o jornal O Estado de São Paulo, Scheinberg (2002) faz referência a pesquisa realizada pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (GREC), em São Paulo, que demonstra que cerca de 13% da população mundial tem problema com o álcool e no Brasil essa média sobe para 15%. Também demonstram que o país gasta por ano 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) para tratar de problemas relacionados ao álcool. Outro dado interessante é o fato de a indústria do álcool movimentar anualmente 3,5% do PIB, isto é, gasta-se mais que o dobro para tratar os malefícios causados pela bebida alcoólica.

Outras pesquisas realizadas por este mesmo instituto mostram que nos hospitais 9 a 32% dos leitos são ocupados por pacientes que apresentam um consumo abusivo do álcool. Em hospitais psiquiátricos, 40% dos leitos são destinados a essa clientela. É também considerada a oitava causa de requerimento de auxílio-doença no Ministério da Saúde, e responsável por 20% dos suicídios e 40% das separações conjugais. Cerca de 30% da população que bebe desenvolve algum tipo de problema orgânico, social ou familiar.

Vale ressaltar que a grande maioria das pessoas adultas, fazem uso de bebidas alcoólicas, de maneira esporádica, sem sofrer maiores conseqüências desse uso. Organicamente podemos definir que um homem adulto, de setenta quilos, metaboliza em um dia 80 gramas de álcool; o que corresponde a 700 ml de cerveja, ou 240 ml de vinho ou 56 ml de um destilado. Se a pessoa consumir mais que isso não quer dizer que vá ficar embriagada, mas que ao final das vinte e quatro horas restará alguma quantidade de resíduos, o que com o decorrer do tempo poderá produzir conseqüências orgânicas.

É também importante analisar o contexto cultural ao qual a pessoa está inserida quando se vai tratar de consumo de bebidas alcoólicas. Em determinadas famílias, culturalmente existe o hábito de beber, os descendentes de italianos, por exemplo, tem por costume tomar vinho durante as refeições.

O que tem se tornado uma preocupação cada vez mais constante é o fato do álcool estar presente na maioria das ocasiões sociais, tornando-o quase onipresente

em qualquer tipo de situação, fato esse que tem contribuído para aumentar a incidência do uso do álcool entre jovens.

Em matéria publicada pela revista *Época*, em dezembro de 2002, denominada “Movidos a Álcool”, levantou-se a questão do aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens. Nessa mesma matéria foi divulgada uma pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação (Unesco), com 50 mil estudantes do ensino médio e fundamental onde constatou-se que 34,8% deles tomam bebidas alcoólicas, o que representa um contingente de 17,4 milhões de jovens bebedores, que iniciam sua carreira no álcool entre os 10 e 12 anos de idade.<sup>1</sup>

Esse tipo de manifestação da adolescência pode adquirir um caráter intenso e ao mesmo tempo desagregador. Na adolescência o indivíduo busca compor a si mesmo, isto é, a sua identidade e concomitantemente busca o contato grupal, além de assumir atitudes sociais rebeldes, vivendo contradições excessivas em todas as áreas. É sem dúvida, um período de extrema vulnerabilidade e o mais propício para o desencadeamento de comportamentos viciantes. Muitos jovens tornam-se prisioneiros de si mesmos, identificando-se com figuras parentais que os levam inconscientemente a uma repetição de modelos parentais inadequados.

E em função deste caráter intenso e desagregador a relação do jovem com o vício será retomada em capítulo específico.

#### **1.4. Diferentes maneiras de abordar o tema alcoolismo**

O tema alcoolismo pode ser abordado de várias maneiras, o leigo, por exemplo, considera o alcoolista um beberão irresponsável, repulsivo, e que, por isso, deve ser mantido à distância para não causar vergonha ou maiores problemas para a família.

---

<sup>1</sup> Revista *Época*, nº 241, de 30 de dezembro de 2002, página 50, reportagem de João Luiz Vieira e Beatriz Velloso.

Bauer (1982), fazendo referência ao modelo depreciativo utilizado por leigos, diz que:

*(...) as pessoas piedosas e cheias de virtude devem compadecer-se dele. De fato, não fosse a existência dessas ovelhas-negras, os cidadãos honrados e bem-postos não teriam como medir a própria virtude, de sorte que os beberrões tornam-se bodes expiatórios com a missão de assumir os pecados coletivos (p. 23).*

Apesar de Alcoólicos Anônimos (AA) ser considerado uma entidade representada e coordenada por leigos eles assumem uma postura diferente do senso comum. A finalidade do AA é ajudar a outros dependentes a se manterem sóbrios, já que, para eles, o alcoolismo é uma doença incurável e progressiva e que deve ter como foco principal o doente e não padrões sócio-culturais existentes (Alcoólicos Anônimos, 1989).

Em geral, quando o tema alcoolismo é tratado por profissional médico o doente passa a ser considerada uma pessoa que apresenta intolerância física ao álcool, e assim, precisa dos recursos clínicos necessários para promover a desintoxicação, mas os cuidados posteriores passam a ser de responsabilidade do sistema de apoio.

O psicólogo deve ver o alcoolismo como uma doença, que precisa ser acompanhada por profissional da área, admitindo, porém, o auxílio de equipe multidisciplinar, caso haja indicação terapêutica. Em geral, é interessante que o psicólogo oriente seu cliente a procurar também grupos de apoio de AA, já que irá, no grupo, trocar experiências com pessoas que padecem dos mesmos sofrimentos emocionais, físicos que ele.

Uma outra forma de abordagem é o da interação familiar, onde esta é vista como um jogo, onde um desempenha o papel de alcoolista e os demais

desempenham papéis complementares<sup>2</sup>, como a esposa vitimizada, os filhos negligenciados, etc. O comportamento do alcoolista é sempre visto como parte de um jogo que reforça os comportamentos dos demais familiares.

Olivenstein (1985), em seu livro Destino do Toxicômano, aborda a questão dos papéis familiares da seguinte forma:

*(...) Como o idiota da família constitui na verdade o narcótico do grupo familiar, e como ele mesmo ingere narcótico com a única finalidade de executar seu papel, no lugar que lhe foi designado para e pelos outros – nunca para si mesmo, quando poderia talvez até obter algum benefício com isto –, se ele não existisse em diferentes graus, “o vazio seria irrespirável” (p. 103).*

Assim, torna-se necessário que todos os envolvidos no processo de recuperação do doente aceitem que o alcoolismo é um processo interacional que envolve vários contextos, inclusive o familiar.

No próximo capítulo serão discutidos os papéis da família na recuperação do dependente.

---

<sup>2</sup> Os temas Jogos e Papeis serão discutidos com maior profundidade no capítulo III.



## CAPÍTULO II

# SISTEMA FAMILIAR

### 2.1. Terapia Familiar

*“Você não tem do que se queixar, dizia Úrsula ao marido: os filhos herdaram as loucuras dos pais”*

*(Gabriel Garcia Marquez, 1967, p. 45)*

Para entender o que é terapia familiar primeiramente é preciso entender o que é família. Para Castilho (1994), família é um “sistema, um organismo cujas características não são redutíveis a um elemento isoladamente. Tem regras específicas, válidas só para aquele sistema. Vive interações cuja causalidade circular define relações que se realimentam num intercâmbio constante com outros sistemas” (p. 118).

Considerando essa definição de família adequada para os propósitos deste trabalho, serão agora elencados os fatores históricos que motivaram a criação da terapia familiar.

Elkaïm (1998), no livro Panorama das Terapias Familiares, fez um histórico sobre terapia familiar. Segundo esse autor, após a Segunda Guerra Mundial, psicanalistas judeus-europeus radicados nos Estados Unidos e psiquiatras que retornavam da guerra com um futuro profissional incerto iniciaram um grande movimento psicanalítico que culminou com um movimento que dominou o cenário psiquiátrico norte-americano até a década de quarenta. A maioria das cadeiras dos departamentos de psiquiatria das universidades eram ocupadas por psicanalistas, o

que proporcionou uma mudança considerável nas disciplinas relacionadas a saúde mental.

Castilho (1994), também tratando do histórico dessa abordagem, afirma que na década de cinquenta a discussão sobre o tratamento de esquizofrênicos e suas relações familiares levaram a formulação de hipóteses sobre a função que o sintoma teria na família, desenvolvendo assim, técnicas e estratégias que ajudariam o sintoma a desaparecer. Os padrões de comunicação se modificavam na medida em que a família não precisasse do sintoma para expressar suas dificuldades.

Para Elkaim (1998) o sintoma era visto como denúncia de algo que não ia bem e, ainda, como a manutenção do conjunto das relações disfuncionais que, embora patológico, garantia a não desintegração da família.

Fundamentados pela teoria de sistemas os terapeutas passaram a tratar o doente não mais como objeto patológico e a atenção era mais dirigida às contribuições do contexto relacional de onde surgia o problema.

O movimento difundiu-se na Europa e em pouco menos de uma década nasciam centros de terapia familiar de grande importância, como a Escola de Milão e o Instituto de Terapia Familiar de Roma. A terapia familiar foi se modificando e as escolas se diferenciando.

Assim, considerando que família é um sistema de seres humanos em interação mútua, pode-se afirmar, portanto, que a terapia familiar é a correlação entre indivíduos e sistema, entre o sistema que cuida e sistema que é cuidado.

## **2.2. Famílias Alcoólicas**

Como já foi mencionado, o objetivo deste estudo é discutir e analisar as relações das famílias alcoólicas e o papel de cada membro nesse sistema.

A maneira de agir do alcoolista é representada por um papel a ser desempenhado dentro do mecanismo familiar. A família “organiza-se” em torno do problema e adapta-se a ele.

A dinâmica da família alcoólica é abordada por Paupitz (1987) como jogos psicológicos onde todos os membros da família estão envolvidos:

*(...) o jogo psicológico do alcoolismo (alcooldrama) pode ser encenado em uma peça teatral onde atuam vários personagens, quase todas inadvertidamente dando permissão e proteção para que o alcoólico continue bebendo sem maiores problemas. Obviamente, a primeira personagem e protagonista do drama tragi-cômico é o próprio alcoólico (p.10).*

Famílias alcoólicas, em geral, vivem de “momentos de estabilidade”. Elas vivem na expectativa de que algo sério e ameaçador está por acontecer, a família como num intrigado jogo de cena, deve ficar atenta para saber qual será o desfecho do próximo ato, já que eles nunca sabem como o alcoolista vai chegar em casa.

Melman (2000), referindo-se a essa pseudo estabilidade, diz:

*(...) sabemos que o humor do alcoolista varia segundo um ciclo rápido que vai da expansão eufórica e megalomaníaca à depressão suicida, que alimentam culpabilidade e sentimento de indignidade. Esta curva não é necessariamente simultânea à da embriaguez e da abstinência. Medicamento do supereu, o álcool pode ter, como parece ter todo tóxico, efeitos farmacodinâmicos inversos (p. 18).*

Kalina (1988), referindo-se a relação entre o dependente e sua família, afirma que ela é co-geradora do fenômeno da dependência. Onde existem dependentes, encontram-se famílias nas quais, qualquer que seja sua configuração, estão presentes a droga ou os modelos viciados de conduta, como técnica de sobrevivência por um ou mais membros deste grupo.

Assim, o alcoolismo é tido como uma doença da família. Beattie (1992) afirma que “não podemos começar a trabalhar por nós, viver nossas vidas, sentir nossas emoções e solucionar nossos problemas se não nos distanciarmos do objeto de nossa obsessão” (p.69).

O objetivo da terapia de famílias alcoólicas é “ensiná-las” a distanciar-se dessa “obsessão” para que possam responder de maneira diferente aos padrões comportamentais existentes, responsabilizando cada membro desse sistema pela interrupção dos padrões pré-estabelecidos.

### **2.3. Negação**

*(...) ele faz o noivo correto  
E ela faz que quase desmaia  
Vão viver sob o mesmo teto  
Até que a casa caia*

*...  
Ele fala de cianureto  
E ela sonha com formicida  
Vão viver sob o mesmo teto  
Até que alguém decida  
(Chico Buarque, 1989, p. 158)*

Colle (2001), em seu livro *Toxicomanias, Sistemas e Família*, refere-se a dependência e como ela é encarada pela família da seguinte maneira:

*(...) a toxicomania remete para um comportamento individual e para um estado. Esta designação contribui para alimentar, por um lado, o mito da perturbação psíquica ligada aos tóxicos, e por outro, o mito do toxicômano como indivíduo isolado, em ruptura com a sua família e refratário a certas mudanças (p. 100).*

É fato que conviver com uma pessoa que se embriaga com frequência é muito desagradável. Mas, por que tantas famílias escondem ou toleram um “bebedor compulsivo”?

Sem dúvida, essa polêmica traspassa a questão bio-psico-social e remete a discussão dos benefícios secundários que a família recebe ao negar o problema.

Em muitos momentos, para livrar-se da culpa, do medo, do desamparo ou mesmo da pressão social os familiares acabam atuando de maneira a proteger o alcoolista e negar o problema. É importante a família quebrar o sistema de proteção do doente, atribuindo a responsabilidade pelo beber ao próprio alcoolista e tomar para si a responsabilidade de cuidar de si mesmo.

Beattie (1992) aborda a questão do cuidar de si como sendo “uma atitude de respeito mútuo. Significa aprender a viver de maneira responsável e permitir que os outros vivam como julgarem mais adequado, desde que não interfiram em nossa decisão de viver como escolhemos” (p.133).

Existem grupos de apoio aos familiares, como por exemplo, o Al-Anon, que é uma entidade formada por amigos e familiares de alcoolistas, que funciona nos mesmos moldes do AA, onde a família vai aprender a não se responsabilizar pela doença do outro e nem por sua recuperação.

Vale ressaltar que apesar do Al-Anon e AA serem grupos de apoio importantes é indispensável o acompanhamento psicológico para toda a família, pois é

na terapia que cada um irá discutir e externar suas dores e compreender qual a dinâmica de interdependência existente entre seus membros.

Quando se pensa em negação e vergonha surge uma outra questão importante a ser abordada que é o fato da família esconder o alcoolismo mesmo depois da morte do dependente. As verdadeiras causas de acidentes automobilísticos, cânceres, ataques cardíacos, entre outras enfermidades, passam a ser consideradas um segredo de família, intocável e que não pode ser discutido fora do contexto familiar.

Finalmente, é preciso entender que a negação pode ser tratada como um dos sintomas do alcoolismo, que pode ampliar-se para uma negação tanto do beber problemático quanto do impacto desse beber em outros membros da família, pois pode acabar destruindo a auto-estima de todos os membros desse grupo.

## **2.4. Adolescente e o Álcool**

***“Você com as suas drogas  
E as suas teorias  
E a sua rebeldia  
E a sua solidão  
Vive com seus excessos  
Mas não tem mais dinheiro  
P’rá comprar outra fuga  
Sair de casa então”  
(Renato Russo)***

Freitas (2002) considera que os adolescentes constituem um grupo de alto risco para a utilização de quaisquer tipos de droga. Normalmente, o adolescente começa bebendo em casa, com a anuência dos pais, principalmente os filhos homens.

É comum, em muitas casas, no canto da sala um bar. Como um altar o adolescente aprende a cultuar e idolatrar as bebidas de forma nociva e perigosa.

Também é comum que a experimentação da droga comece como forma de vincular-se a um grupo. O grupo para o adolescente é o espaço onde ele vai experimentar sua força e fazer a transição para o mundo dos adultos, se a família não estiver bem estruturada o adolescente poderá cair no caminho das drogas.

Algumas crianças, desde muito cedo, envolvem-se nos problemas dos pais na tentativa de serem os pacificadores de seus conflitos. Dependendo do contexto familiar ela pode transformar-se em alvo da violência ou descaso dos pais, tornando-se “presas fáceis” das drogas.

Muitas mães, esposas de alcoolistas, buscam formar uma aliança com seus filhos, geralmente o primogênito, na tentativa de excluir o pai da relação familiar. O garoto passa a ser ‘confidente’ da mãe ou até rival do pai na tentativa de exercer as funções de ‘homem da casa’. Em alguns casos esse tipo de relação pode fazer com que o jovem busque seguir o modelo do pai ou procurar relacionar-se com pessoas com algum tipo de vício na busca pela complementariedade ou repetição do padrão comportamental apreendido.

Freitas (2002), referindo-se ao funcionamento familiar, afirma que os pais, geralmente, negam ou ignoram sua participação na composição do modelo sintomático do filho. Acham que os modelos de convivência familiar não tem relação com a dependência do adolescente.

Vale ressaltar que nem sempre os pais são os responsáveis pela iniciação do jovem às drogas. É preciso perceber que cada família constitui um universo diferente, onde diferentes fatores contribuirão para desencadear ou não o uso de drogas.

Quando os pais não conseguem exercer seus papéis e não estabelecem limites para os filhos esses deixam de representar figuras de autoridade para o adolescente. Em geral, o usuário de droga não respeita leis e/ou ordens. Freitas (2002) refere-se a esse fato da seguinte maneira:

*(...) poderíamos dizer que o problema dos limites é um problema central na questão do uso de drogas, já que tem uma correlação direta com o lidar com a frustração. É a possibilidade de se equilibrar entre o que se pode e o que não se pode fazer. É esta instância reguladora da Lei que vem faltar nestas famílias, é a impossibilidade do exercício do dizer não, dos limites reguladores da inserção na cultura – o eu absolutamente narcísico não pode sobreviver frente ao outro, já que a negação do outro será a própria negação deste eu (p.46).*

O exercício dos limites na família alcoólica fica prejudicado pela incoerência de atitudes e comportamentos. O humor dos pais é geralmente imprevisível, as promessas são freqüentemente esquecidas e celebrações canceladas. Devido a essa constante incoerência e mudança de humor o adolescente fica sem referencial emocional que lhe permita sentir e expressar suas emoções de maneira autêntica.

Assim, é importante para o adolescente ter a família como um referencial seguro para expressar com liberdade, seus medos, suas vergonhas, desapontamentos, bem como um lugar onde possa exercitar seus limites para entrar na vida adulta de maneira saudável.

## **2.5. Mulher e o Álcool**

***“Largar desse cais,  
ir sem direção  
seguir os ventos  
que clamam por mim  
tecer minhas teias  
com minhas mãos  
sugar das entranhas desse chão  
meu fim.”  
(Altay Veloso)***



As mulheres são, em termos biológicos e de maneira geral, mais vulneráveis ao álcool que os homens. Lapa (1998) afirma que elas atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas com as mesmas doses quando comparadas aos homens. Também que sob a mesma carga de álcool os órgãos das mulheres são mais prejudicados do que o dos homens. Quanto a distribuição pelo sexo, os homens tendem a beber mais freqüentemente que as mulheres. As conseqüências do alcoolismo sobre os órgãos é diferente nas mulheres, elas estão mais sujeitas a cirrose hepática do que o homem, por exemplo.

Para Griffith (1987) a mulher tem o seu padrão de ingestão moldado por um contexto diferente daquele que habitualmente afeta o homem. Em geral trata-se de uma ingestão solitária, que leva a um nível de intoxicação leve. Este é o quadro de alcoolismo, por exemplo, da dona-de-casa. A mulher que trabalha fora pode apresentar um quadro parecido com o do alcoolismo masculino.

A mulher dependente do álcool sofre tanto com a doença quanto com o preconceito. A atitude frente ao alcoolismo feminino é o de ignorá-lo ou tratar a mulher como frágil, imoral ou mais doente que os homens. A mulher que bebe em excesso é, geralmente, considerada antes uma perversa que enferma.

Ao realizar esse trabalho percebeu-se também a falta de compromisso dos autores especializados com essa questão, pois não se vê trabalhos específicos sobre o tratamento de mulheres alcoólicas. Autores renomados apenas comentam a existência do problema, mas não se aprofundam e não fazem grandes discussões a respeito do tema.

Portanto, muito ainda precisa ser considerado frente ao alcoolismo feminino, inclusive a maneira como esse tema é abordado pela literatura científica concernentes aos aspectos específicos do alcoolismo feminino.

## CAPÍTULO III

# E NO CONSULTÓRIO COMO FICA? Usando a Análise Transacional para Entender a Família

### 3.1. O Que é Análise Transacional?

Não é objetivo deste trabalho fazer um aprofundamento teórico sobre Análise Transacional (AT). Porém, é necessário compreender alguns aspectos sobre a teoria de AT para que se possa perceber com maior clareza a utilização dessa abordagem na condução do tratamento clínico.

Assim, serão citadas obras de alguns autores, dentre eles Eric Berne, o criador dessa teoria. Também serão citados autores cujas obras vieram agregar novos valores a essa abordagem. Para permear os conceitos de AT à dinâmica da família serão utilizados, neste capítulo, exemplos hipotéticos de um grupo familiar alcoólico.

Desta forma ao apresentar esta revisão sobre os principais conceitos de AT serão discutidos aspectos relevantes relacionados ao tema alcoolismo e sistema familiar.

Eric Berne (1988) define a Análise Transacional como sendo:

*(...) uma teoria da personalidade e de ação social e um método clínico de psicoterapia, baseada na análise de todas as possíveis transações entre duas ou mais pessoas, com base em estados de ego especificamente definidos ... qualquer sistema ou abordagem que não se baseie na análise rigorosa de transações isoladas e dos estados do ego específicos que a compõem não é análise transacional (p.32).*

A AT se utiliza de dez instrumentos básicos para compreender e modificar o comportamento humano, são eles: análise estrutural; análise das transações; carícias; emoções e disfarces; programação do tempo; jogos; posições existenciais; *script*; *mini script* e dinâmica de grupo.

Todos esses instrumentos se interrelacionam, mas os que se destacam no trabalho com famílias alcoólicas são os Jogos e *Script*. Contudo, para tratar desses dois assuntos será necessário conhecer os conceitos básicos de todos os instrumentos acima citados.

### **3.1.1. Análise Estrutural e Funcional**

***“Uma parte de mim, pesa, pondera  
Outra parte, delira...  
Uma parte de mim é permanente  
Outra parte se sabe de repente  
Uma parte de mim é só vertigem  
Outra parte, linguagem”  
(Ferreira Gullar)***

A Análise Estrutural é o processo da análise da personalidade em termos dos estados do ego. Considerando que o ser humano é uma unidade bio-psico-social,

Berne (1988) divide a personalidade em três Estados de Ego: o Pai, o Adulto e a Criança.

Esse mesmo autor define Estado de Ego como sendo “um sistema coerente de pensamento e sentimento manifestado por um padrão de comportamentos correspondentes” (p. 25).

Em AT as expressões Pai, Adulto e Criança não têm o significado comum dado a essas palavras; por isso usa-se letra maiúscula sempre que se refere a Estado de Ego Pai, Adulto e Criança e letra minúscula quando empregadas com seus significados convencionais.

Para Crema (1982) o Estado de Ego Pai é composto de mensagens que foram gravadas na memória da criança a partir de estímulos externos, oriundos de pessoas que lhe eram significativas ou mesmo de mensagens impessoais.

O Estado de Ego Adulto se origina do confronto da pessoa com a realidade corrente, atuando no aqui-e-agora. Dessa forma, ele se orienta para a realidade presente, pela coleta objetiva de informações, toma suas decisões baseado naquelas informações e em dados colhidos nos Estados de Ego Pai e Criança. O Adulto não julga, lida estritamente com os fatos.

O Estado de Ego Criança representa emoções como a alegria, raiva, medo, tristeza e tudo o que se refere ao corpo. Crema (1982) afirma que esse Estado de Ego é a parte mais autêntica de uma pessoa, porém a mais reprimida pelo processo de educação ou socialização. Nela são gravadas o espanto, a alegria, a surpresa e todos os sentimentos maravilhosos associados às primeiras descobertas sobre a vida; também são gravados o terror, a agonia e todos os sentimentos desagradáveis que a pessoa experimentou.

Esse mesmo autor afirma que “podemos dizer que conhecemos uma pessoa quando sabemos o conteúdo da “gravação” ou programação em seu Pai e Criança, o grau de informação e de responsabilidade de seu Adulto e quais os Estados de Ego tomarão o controle da situação” (p. 18).

Para entender a atuação dos Estados de Ego Pai e Criança é necessário perceber a diferença, por exemplo, do Pai quando está orientando ou protegendo, ou mesmo quando a Criança está obedecendo ou se rebelando, e isso se faz através da Análise Funcional de Segunda Ordem, que é a subdivisão dos Estados de Ego.

Crema (1982) apresenta as subdivisões do Estado de Ego no diagrama seguinte:

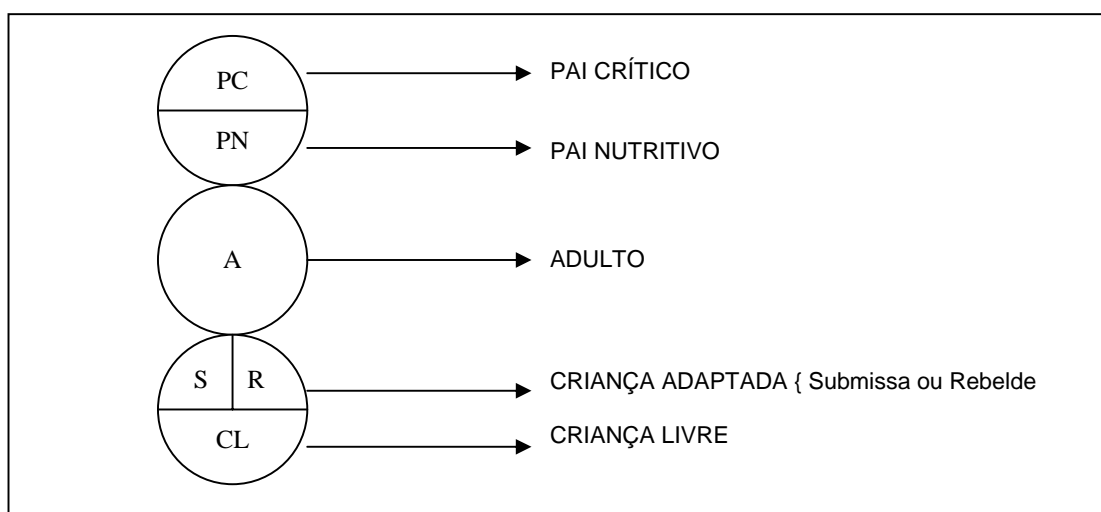


FIGURA 1: Diagrama Funcional de 2ª ordem, (p. 22)

O mesmo autor explica o funcionamento de cada uma dessas subdivisões:

- O Pai Crítico corresponde ao Pai do Pai, representa os valores morais, a tradição cultural, os preconceitos e as normas e padrões de conduta;
- O Pai Nutritivo corresponde ao Adulto do Pai, representa a parte parental protetora, que nutre e ensina sem imposição;
- O Adulto pensa objetivamente, analisa a realidade e vive no aqui-e-agora;
- Criança Adaptada corresponde ao Pai da Criança. Ela pode ser Rebelde quando contraria as ordens e expectativas parentais e Submissa quando obedece automaticamente às ordens ou expectativas parentais;

- Criança Livre corresponde a Criança Natural por ser a parte da personalidade espontânea, intuitiva, que vive e goza emocionalmente a vida.

Os Estados do Ego podem atuar tanto de maneira positiva quanto negativa. Crema (1982) enfatiza que “o objetivo da AT é fazer com que o indivíduo passe de seu circuito negativo para o seu circuito positivo” (p.24).

É o padrão positivo de atuação que a família vai buscar na terapia, e cabe ao psicólogo proporcionar a ela essas novas possibilidades de atuação.

### **3.1.2. Análise das Transações**

Assim como para entender o comportamento de uma pessoa é necessário analisá-la em termos de Estados de Ego, o comportamento de duas ou mais pessoas é examinado em termos de transações.

Kertész (1987) afirma que uma transação consiste em “trocas de estímulos e respostas entre estados do ego específicos de diferentes pessoas” (p.56).

Essas transações podem ser:

- Simples ou complexas, variando de acordo com o número de Estados de Ego participantes;
- Podem ser complementares quando o Estado de Ego que responde foi o solicitado, e cruzadas quando o Estado de Ego que responde não foi o solicitado;

Para um melhor entendimento da teoria serão utilizados exemplos de possíveis transações existentes em famílias alcoólicas.

*Exemplo de transação complementar:*

(E) - Acho que precisamos de ajuda profissional para tratar desse problema.

(R) - É, percebo que não tenho mais controle sobre a bebida.

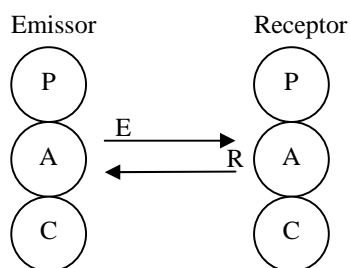


FIGURA 2: Diagrama Transação Complementar

*Exemplo de transação cruzada:*

(E) - Acho que precisamos de ajuda profissional para tratar desse problema.

(R) - Puxa, só porque bebi ontem você vem com acusações.

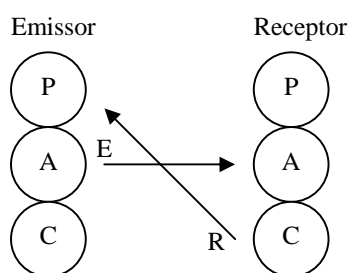


FIGURA 3: Diagrama Transação Cruzada

- E ainda pode ser ulterior quando há a emissão simultânea de duas mensagens, uma social que é aparentemente aceitável e outra oculta que é menos perceptível.

Exemplo:

*Mensagem Social:*

(E) - Vamos convidar uns amigos para um churrasco?

(R) - Só se você jurar que não vai beber demais.

*Mensagem Ulterior:*

(E) - Deixa eu me embriagar?

(R) - Claro, você não tem jeito mesmo.

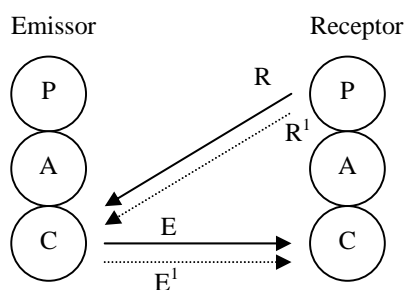


FIGURA 4: Diagrama Transação Ulterior

O que no nível social pode parecer um ato de preocupação ou generosidade do Estado de Ego Pai Nutritivo ou Protetor do receptor para com a Criança do emissor, no nível psicológico é visto como um convite para o início de transações entre a Criança Adaptada e o Pai Crítico Negativo.

Nas transações ulteriores existem uma agenda oculta entre emissor e receptor que são parte essencial da cadeia de jogos psicológicos.

### 3.1.3. Carícias

Kertész (1987) afirma que, dentre os instrumentos de AT, “Carícia” é o mais poderoso e direto deles, pois é a essência das relações humanas. Ele define este



instrumento como “estímulos sociais dirigidos de um ser vivo a um outro, o qual, por sua vez, reconhece a existência daquele” (p. 71).

As carícias são classificadas em positivas, negativas e falsas. Crema (1982) a define da seguinte forma:

- Carícias Positivas produzem no receptor uma sensação de bem-estar e auto-estima;
- Carícias Negativas produzem no receptor uma sensação de mal-estar, inutilidade ou rejeição. Elas podem ser carícias agressivas causando sofrimento e dano físico ou moral a seu receptor, ou ainda ser carícias de lástima gerando um aparente conforto a quem recebe, mas ocultando intenções de desqualificação e desvalorização;
- Carícias Falsas parecem positivas, mas são utilizadas para tirar vantagens de seu receptor.

As carícias podem ser incondicionais quando despretensiosas e condicionais quando quem as dá exige algo em troca.

Em oposição à carícia existe a desqualificação que é o não reconhecimento da existência do outro. As famílias alcoólicas encontram na desqualificação uma forma de negação e de não responsabilizar-se por sua parte na problemática existente no grupo familiar.

Schiff (1982) classifica em quatro tipos diferentes a desqualificação. Para uma melhor compreensão serão utilizados exemplos de possíveis interações no contexto familiar:

- Desqualificação do problema. Ex.: O marido chega alcoolizado em casa e a esposa finge não perceber;

- Desqualificação do significado do problema. Ex.: O marido chega alcoolizado em casa e a esposa diz que isso é normal;
- Desqualificação da possibilidade de solucionar o problema. Ex.: O marido chega alcoolizado em casa e a esposa diz que isso não tem jeito mesmo;
- Desqualificação da pessoa. Ex.: O marido chega alcoolizado em casa e a esposa diz que não pode interferir. “ – Eu não posso fazer nada”. Ou o ignora completamente.

Uma outra forma de se obter carícias é a simbiose. Schiff (1982) salienta que a simbiose é uma condição normal no estágio oral de desenvolvimento da criança e que a patologia é, provavelmente, o resultado de perturbações nessa relação, e segue afirmando que “os Jogos desenvolvem-se a partir de relações simbióticas não resolvidas, com mecanismo de desqualificação. Representam uma reencenação do relacionamento simbiótico numa tentativa de obter cuidados ou numa reação de raiva para com o relacionamento simbiótico” (p.23).

No que se refere a simbiose Crema (1982) enfatiza que “nas relações simbióticas é muito freqüente a utilização de condutas passivas, que excluem o pensar e buscar uma solução adequada ao problema levando em conta todos os Estados de Ego” (p.47).

Afirma que existem quatro formas de comportamentos passivos: o não fazer nada; a sobreadaptação que é adaptar-se as expectativas que se imagina que o outro tenha; a agitação que é a dispersão da energia em atividades sem propósitos ou finalidade; e a incapacidade ou violência que é o causar dano físico ou psíquico a si ou ao outro.

Afirma ainda que “nenhuma destas condutas representam a solução da problemática do indivíduo, mas confirmam a sua alienação e negação da

responsabilidade, reforçando o vínculo simbiótico” (p.48). O que é uma característica básica das famílias alcoólicas.

### 3.1.4. Programação do Tempo

A programação do tempo pode ser classificada, já que ocorre numa série programada e não ao acaso e que pode, inclusive, se estender por toda uma vida. Berne explica que existem seis formas de estruturar o tempo (Crema, 1982):

A primeira delas é o **Isolamento** – neste tipo de estruturação de tempo não há contato social, isto é, transações. Não existe, portanto, troca de carícias.

A segunda são os **Rituais** – estas são transações complementares simples que, em geral, são determinadas pela estrutura social. Uma saudação ou uma despedida são formas de rituais programados pelo Estado de Ego Pai.

A terceira delas é a **Atividade** – esta forma de estruturação do tempo é, normalmente, programada pelo Adulto, que em contato com a realidade cumpre um objetivo pré-fixado.

Uma forma patológica de atividade é o preencher todo o tempo com atividades para evitar entrar em intimidade com o outro.

A quarta forma de estruturação de tempo são os **Passatempos** – para Kertész (1987) “são simples bate-papos, transações complementares superficiais entre duas ou mais pessoas, em torno de um interesse comum” (p. 21).

A quinta são os **Jogos Psicológicos** – definido por Berne (1988) como “conjuntos de transações ulteriores, repetitivas por natureza, com um desfecho bem definido” (p.34).

Em função da importância para o trabalho, o tema Jogos será abordado com maiores detalhes em tópico específico.

A sexta e última estrutura é a **Intimidade** – é definido por Crema (1982) com maestria: “representa a maneira mais gratificante e satisfatória de relacionamento social, fonte pródiga de carícias positivas incondicionais, permitida pela Criança Livre, vivendo com naturalidade seu ‘aqui-e-agora’ ” (p. 51).

### **3.1.5. Emoções e Disfarces**

A Análise Transacional considera que existem somente as seguintes emoções autênticas: afeto, alegria, tristeza, raiva e medo. Crema (1982) salienta que essas emoções são incondicionais por estarem contidas na Criança Livre. Os demais sentimentos, como falsa alegria, culpa, vergonha, ciúme, etc., são denominados emoções disfarces, e estão contidas na Criança Adaptada.

Em geral, nas famílias alcoólicas seus membros se sobreadaptam e usam de disfarces para suprimir a emoção autêntica, não permitida.

Kertész (1987) dá a seguinte definição para disfarce “é uma emoção substitutiva, inadequada, fomentada pelos pais ou seus substitutos na infância, que entra no lugar da emoção autêntica, ignorada ou proibida por estes” (p. 105).

A troca de emoções autênticas por disfarce permite ao Estado de Ego Criança de quem as recebe guardá-las para depois trocá-las por algo que tenha valor psicológico. Para Crema (1982) isso representa “uma complacência com sensações antigas que são colecionadas para um eventual resgate, sendo o benefício final de vários Jogos Psicológicos” (p. 55).

### 3.1.6. Posição Existencial

Crema (1982) conceitua posição existencial da seguinte maneira:

*(...) são juízos de valor ou conceitos de si mesmo e dos demais, adquiridos na infância através de tomadas de decisões, muitas vezes imaturas e irrealis, uma vez que baseadas nas condições precárias de criança para raciocinar e pensar objetivamente diante da realidade objetiva (p. 59).*

As posições existenciais podem expressar uma impressão de si mesmo ou sobre as outras pessoas. As posições existenciais foram denominadas como posição OK e posição Não OK.

Kertész (1987) afirma que existem cinco posições existenciais diferentes:

- a **eu estou OK ± / você está OK ±** – que representa uma posição realista, adotada pelo Adulto, pois integra aspectos positivos e negativos da pessoa;
- a **eu estou OK / você está Não OK** – que representa uma posição paranóide, perseguidora, salvadora ou superprotetora. Geralmente esta posição se estabelece quando um familiar persegue uma criança e outro a salva. Assim a criança fica ressentida contra o primeiro.

Essa é uma posição, em geral utilizada pelo alcoolista na interação com a família, onde em determinados momentos o companheiro assume o papel de perseguidor, o filho de salvador e o alcoolista o papel de vítima;

- a **eu estou Não OK / você está OK** – representa uma posição depressiva e submissa, adota-se esta posição quando se é

perseguido, criticado, humilhado ou então superprotegido na infância.

Essa posição existencial é, geralmente, assumida pelo filho quando este se julga responsável pela bebedeira do pai ou agressividade da mãe;

- a **eu estou Não OK / você está Não OK** – representa um posição niilista, com uma Criança Adaptada Não OK, submissa ou rebelde;
- e por último a **eu estou OK / você está OK** – que representa uma posição maníaca, o mundo é perfeito e tudo está sempre bem. Ela é induzida por famílias que desqualificam e negam tudo o que é desfavorável, como se as falhas e os erros pessoais não existissem.

As frases utilizadas pela família alcoólica nesta posição existencial geralmente são as seguintes: “isso é só uma fase”, “foi só um acidente”, “ele nem bebeu tanto”, “o tempo resolve tudo”.

Dependendo do papel social assumido, o indivíduo mudará sua posição existencial na tentativa de confirmar sua posição existencial inicial, criando mecanismos que confirmem sua patologia.

### **3.1.7. Jogos**

Berne (1995), em seu livro *Os Jogos da Vida*, dá a seguinte definição para Jogos:

*(...) um jogo é uma série de transações complementares que se desenrolam até um desfecho definido e previsível. Pode ser descrito como um conjunto repetido de transações, não raro*

*enfadonhas, embora plausíveis e com uma motivação oculta ... todo Jogo é basicamente desonesto, e seu desfecho tem um certo caráter de dramaticidade (p. 49).*

Kertész (1987) afirma que os Jogos Psicológicos são como iscas inconscientes para os jogadores, pois os envolvidos inter-atuam em dois níveis: um social que é consciente e moralmente aceito, e outro psicológico que é inconsciente e passível de desaprovação.

Os Jogos podem ser classificados de acordo com sua gravidade:

- **Jogos de 1º grau** – são os socialmente aceitáveis;
- **Jogos de 2º grau** – são os que não provocam danos irreparáveis ou permanentes;
- **Jogos de 3º grau** – são os que possuem um caráter definitivo e terminam tragicamente numa sala de operações, num tribunal ou necrotério.

Os Jogos trazem benefícios a quem dele participa, apesar de serem negativos. Crema (1982) afirma que as vantagens gerais dos Jogos “consiste em suas funções estabilizadoras, provendo o equilíbrio biológico pela estimulação recíproca (carícias negativas) e psicológica, garantido pelo reforço das posições e atitudes assumidas pelos jogadores” (p. 73).

Como já mencionado os Jogos tem um elemento dramático que alicerça a troca de papéis. Berne (1995) salienta que todo Jogo tem influência importante e decisiva nos destinos dos jogadores, mas que alguns oferecem mais oportunidades que outros para se perpetuarem numa longa existência e para envolverem observadores relativamente inocentes. A este grupo de Jogos o mesmo autor deu o nome de Jogos da Vida. Faz parte desse grupo o denominado pelo próprio Berne (1995) de Jogo do

Alcoólatra, que consiste num papel assumido por um indivíduo em certos tipos de jogos.

Para este trabalho interessa a análise dos Jogos, das transações sociais relacionadas com o álcool.

Berne (1995) considera que o Jogo do Alcoólatra é jogado por cinco pessoas, podendo ser condensado de forma que ele começa e termina como um jogo para dois. Ainda afirmava que “o objetivo transacional da bebida é produzir uma situação em que a Criança possa ser severamente repreendida não apenas pelo Pai interior, mas por quaisquer figuras parentais que queiram se dar a esse trabalho” (p.72).

Ele segue afirmando que o tratamento do alcoolismo deve se concentrar nas manhãs de ressaca e não na bebedeira em si, pois se o ato de beber é um jogo o benefício está na manhã seguinte com a punição interna ou social. O alcoolista tem como passatempo preferido o desconforto psicológico da ressaca. O ato de beber, numa análise mais profunda, é o que o próprio Berne (1995) chama de “um prazer acidental” (p.72), cujo objetivo final do jogo é realmente a ressaca.

Para melhor entender essa dinâmica analisar-se-á o seguinte exemplo:

Um pai de família costuma chegar em casa alcoolizado. Enquanto está sob o efeito da bebida esse homem está apenas desfrutando do “prazer” que o álcool pode lhe dar. A grande “cena” do Jogo começa na manhã seguinte, pois é nesse momento que ele vai tomar consciência, que vai ter que “encarar” a esposa e filhos e as cobranças que certamente eles farão. Isso dará ao alcoolista o pseudo direito de vitimizar-se e achar que o estão perseguindo.

Crema (1982), referindo-se a representação dos Jogos descritas por Berne, apresenta o diagrama de Karpman, denominado de triângulo dramático. Baseado no Jogo do Alcoólatra de Berne, Karpman desenhou um esquema para representar as mudanças de comportamento em três papéis básicos: Vítima, Perseguidor, Salvador.



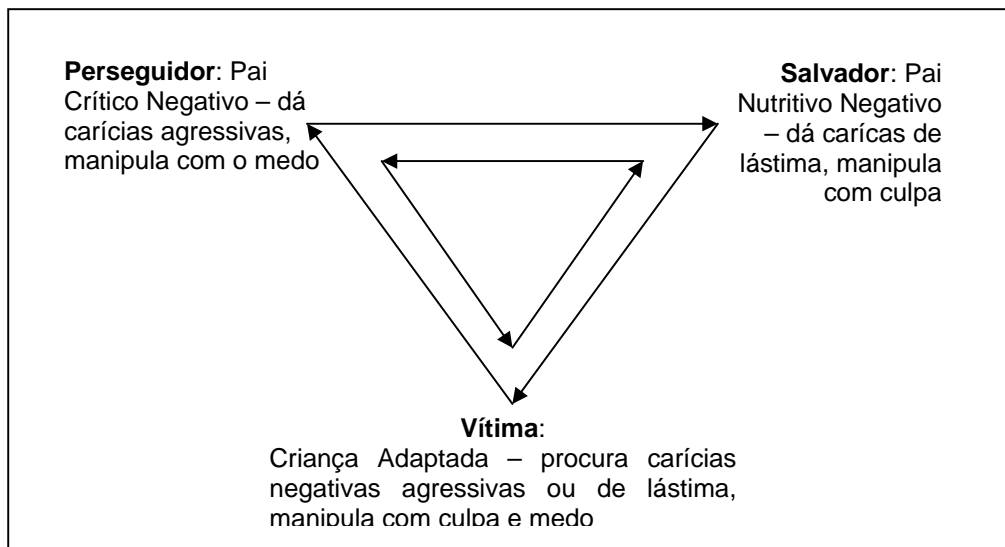


FIGURA 5: Diagrama Triângulo Dramático de Karpman (Crema, 1982, p. 75)

O exemplo anteriormente citado descreve bem a relação familiar existente dentro do triângulo dramático. O esposo alcoolista assume o papel de Vítima, pois a esposa, no dia seguinte, cobrará o marido pela bebedeira, assumindo nesse momento o papel de Perseguidora. Os filhos entram para salvar ou a mãe ou o pai, geralmente o Salvador resgatará a Vítima.

Esses três papéis são de ação. As pessoas podem trocá-los quando melhor lhes convir, ainda que não saibam que o estão fazendo.

Usando-se ainda do mesmo exemplo pode-se compor uma triangulação completamente diferente. Por exemplo, os filhos como Perseguidores da mãe por aceitar que o pai se alcoolize, onde ela passa a ocupar o papel de vítima e o pai o de Salvador da esposa que está sendo acusada pelos filhos.

Para Kertész (1987) as pessoas que se utilizam dos Papéis do Triângulo Dramático aprenderam a desempenhá-los na infância, na interação familiar e depois de muitas repetições passam a desempenhar estes papéis automática e inconscientemente.

Crema (1982) também afirma que “o significado histórico dos Jogos é o fato de que são passados de geração à geração. Sabemos que o jogo favorito de qualquer indivíduo, muito provavelmente teve sua origem em seus pais ou avós, e tenderá a ser transmitido para seus filhos” (p. 76).

Os papéis do Triângulo Dramático são dinâmicos com mudanças nos papéis, são manipulativos ou falsos, podendo deixar de ser utilizados mediante uma decisão do Adulto que não aceitará compactuar com essa triangulação.

Geralmente quando um dos familiares entra em terapia e os demais não, a família se une para tentar “resgatar” aquele que não mais aceita participar dos Jogos Familiares.

### **3.1.8. *Script* de Vida**

***“Minha dor é perceber que,  
apesar de termos feito tudo,  
tudo, o que fizemos  
ainda somos os mesmos e vivemos...  
ainda somos os mesmos  
e vivemos como nossos pais.”  
(Belchior)***

*Script* é denominado por alguns autores como Argumento ou Roteiro de Vida. Dentre os instrumentos de AT, ele é o de verificação mais complexa.

Antes mesmo de nascer, a família já tem expectativas conscientes e inconscientes a respeito dos papéis que a criança desempenhará. A sua personalidade irá encaixar-se como uma peça de quebra-cabeças com as personalidades de seus pais e parentes é o que afirma Kertész (1987). Ele segue enfatizando que o *script* é grupal, pois “é um plano inconsciente de conjunto de vida. Para que se cumpra, cada um deverá cumprir o Papel complementar dos outros” (p.131). Um bom exemplo disso é o Triângulo Dramático: Perseguidor, Vítima, Salvador.

Essa afirmação de Kertész vem de encontro a teoria de que o alcoolismo é transgeracional e que a recuperação perpassa o ambiente familiar.

Uma outra definição apresentada para o que seja *Script* é oferecida por Crema (1982) que o conceitua como sendo “um plano de vida não consciente que é decidido pela Criança Adaptada antes dos 8 anos, sendo tal decisão determinada pelas mensagens parentais, advindas das Crianças Adaptadas dos pais ou substitutos, que denominamos mandatos” (p. 78).

É através das mensagens recebidas dos pais que a Criança da criança começa a recolher dados que determinarão suas decisões básicas. Para isto, ela se utilizará dos conceitos básicos a respeito de si e do outro, isto é, da Posição Existencial que ocupa e do *Script* de Vida que possui.

Em oposição ao *Script* existe o *Contra-Script* que são as mensagens parentais gravadas no Estado de Ego Pai da pessoa. Crema (1982) salienta que “o objetivo do *Contra-Script* é opor-se às mensagens “bruxas”, que são os mandatos negativos que as Crianças Adaptadas dos pais gravam na Criança Adaptada do filho e que determinaram seu Argumento” (p. 81).

O mesmo autor segue falando dos impulsores que são as mensagens ou mandatos do *Contra-Script* que, na verdade, contribuirão para que o indivíduo cumpra seu *Script* negativo, pois é inevitável a frustração pelo não cumprimento desses mandatos.

Kertész (1987) detalha as características de cada um dos impulsores:

- **Seja Perfeito** – tem como mandato característico o “Não me supere”. Prende-se a detalhes, não consegue distinguir o essencial do acessório. O indivíduo que atua com esse impulsor acha que não está fazendo bem aquilo a que se propôs;
- **Seja Forte** – cujo mandato é “Não sinta”. Procura ocultar as emoções, em especial o medo e a tristeza e também por se negar a pedir ajuda.

Há, internamente, uma mensagem do Pai Crítico à Criança para que ela não se mostre “fraco” ou vulnerável;

- **Apresse-se** – onde a atribuição básica é “Apresse-se a crescer”. Há uma desqualificação interna que diz ao indivíduo que ele não conseguirá terminar o que começou, isso faz com que a pessoa, pela velocidade com que toma decisões, erre, tome decisões prematuras, seja confusa, etc.;
- **Seja Esforçado** – com o mandato de “Não desfrutar”. As pessoas tendem a fixar mal os objetivos, seguem métodos ineficientes para ter que começar tudo de novo e confirmar seu fracasso e ter que se esforçar ainda mais;
- **Agrade Sempre** – com o mandato de “Não pense”. O intercâmbio entre o dar e receber é regulado por ele. Refere-se tanto a dar demais, como a pretender que o agrade em excesso. Um exemplo em família é o de uma mulher que tiraniza o marido, mas é tiranizada pelos filhos. Nesse impulsor a submissão é a principal característica, o sentimento autêntico não é validado, quem atua nesse contexto é a Criança Adaptada Negativa.

Crema (1982) afirma que, felizmente, existem além dos Impulsores os Permissores, que são mensagens enviadas pelo Pai Nutritivo Positivo da pessoa que diz: “é suficiente fazer bem”; “podes pedir ajuda”; “toma o tempo que necessitas”; “vive o aqui e agora”; “não precisas agradecer a todos, agrada-te a ti mesmo”.

O mesmo autor segue exemplificando através da ilustração abaixo a matriz de *Script* e *Contra-Script*.

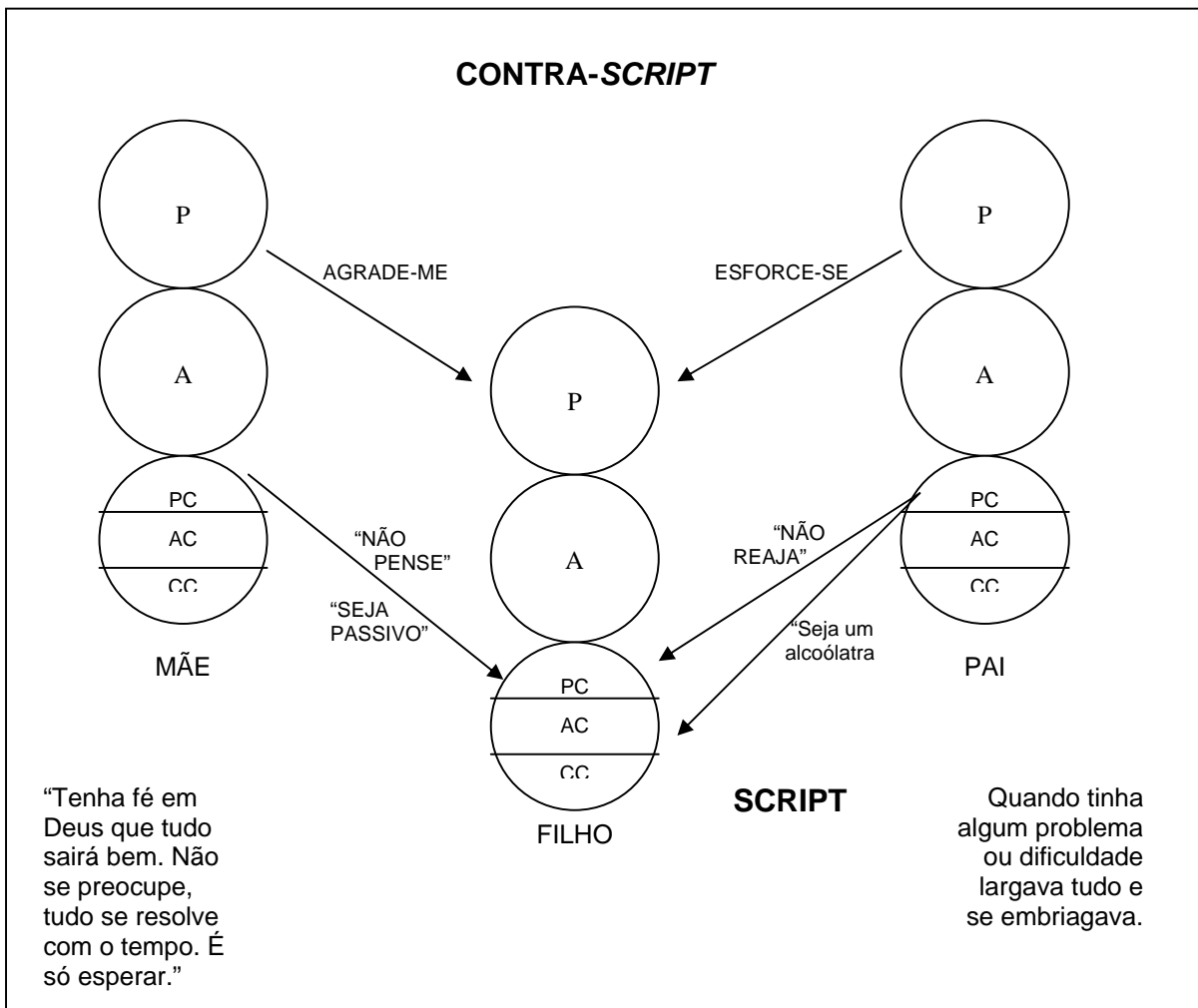


FIGURA 6: Matriz de *Script* e *Contra-Script* (Crema, 1982, p. 87)

O fim trágico do Alcoolista é temporariamente interrompido quando ele decide viver “um dia de cada vez”, e isso pode ser chamado de *contra-script*, pois o poder da vontade de viver no aqui-e-agora está no Pai (este é um ato do Pai Nutritivo Positivo).

Para a AT o alcoolismo é um *Script*, e a menos que o bebedor pare, levará a um fim trágico. O terapeuta deve ser capaz de distinguir entre o desenrolar do *contra-script* e uma cura.

### **3.1.9. Mini *Script* de Vida**

Crema (1982) define *mini script* como sendo o que a “pessoa faz durante todo seu dia (ou semana ou mês), para no final se sair mal (quando não OK) ou bem (quando OK)” (p. 84).

Os *mini script* podem ser OK ou Não OK. Ele será Não OK quando partem de um dos impulsores (seja forte, seja esforçado, apresse-se, seja perfeito e agrade sempre), que desencadeiam emoções disfarces como angústia, culpa, ansiedade, fobia vindos da Criança Submissa que permitirá a obtenção do benefício final Não OK, como a solidão, depressão, fracasso, etc.

O *mini script* será positivo quando, no lugar dos impulsores estiverem os permissores, emoções autênticas para um desfecho saudável.

### **3.1.10. Dinâmica de Grupo**

Berne (1985) enfatiza que “o objetivo da Análise Transacional em terapia de grupo é conduzir cada paciente através das etapas sucessivas da análise estrutural, da análise transacional propriamente dita, da análise de jogos e da análise de argumentos, até que ele obtenha o controle social” (p. 153).

O instrumento Dinâmica de Grupo é utilizado para compreender as relações existentes dentro do grupo de terapia, suas condições de funcionamento, a cultura, a liderança e a forma como ele trabalha.

Assim, apesar desse instrumento tratar das relações existentes no grupo fica difícil contextualizá-lo às questões de famílias alcoólicas sem abordar temas extremamente complexos dentro da teoria da AT, o que não é objetivo deste trabalho.

### **3.2. E o Psicólogo como Atua?**

*(...) o amor talvez é a janela  
que a luz do sol nos traz  
Nos convida a olhar por ela  
e mostra muito mais  
E mesmo a quem não queira  
ver o sol com sua luz  
O amor suavemente ao sol conduz.  
(Jonh Denver)*

O psicólogo tem algumas tarefas básicas a cumprir no tratamento de famílias alcoólicas, entre elas a tarefa primordial de não aceitar o convite para o Jogo. Como citado anteriormente a ressaca é o grande benefício do jogo do alcoólatra. Cabe ao terapeuta identificar os padrões utilizados pelo grupo familiar como meios de troca e interação com o meio.

Outra tarefa primordial é fazer com que os indivíduos envolvidos dessa dinâmica consigam descontaminar seu Estado de Ego Adulto, pois percebe-se pela teoria e pelos exemplos citados que as transações básicas ocorrem entre o Pai (no papel de quem persegue ou salva) e a Criança (no papel da vítima), o Adulto é excluído da transação.

Pelo exposto durante todo o trabalho ficou evidente que o alcoolismo não acontece pela simples supressão, mesmo que temporária, do Pai Crítico Positivo, mas também pela manipulação de seus relacionamentos externos, isto é, da simbiose existente entre o indivíduo e seu grupo familiar.

Cabe ao terapeuta saber diferenciar os papéis de cada membro desse grupo e suas resultantes na condição alcoólica dessa família. Também cabe ao terapeuta proporcionar a cada um as condições para aprender a diferenciar seus sentimentos e atitudes dos sentimentos e atitudes do outro.

Ao trabalhar com esse tipo de grupo é necessário ser cauteloso, pois a toxicidade presente em alguns de seus membros ajuda a intensificar as defesas do grupo. Trabalhar as injunções é extremamente valioso nesse contexto.

É preciso encorajar a família a falar sobre o alcoolismo, esclarecendo o grau em que o beber é mantido como um segredo. Ajudá-la a compreender como esse problema pode ter sido criado como uma resposta a transições específicas do ciclo de vida da família ou do indivíduo.

O terapeuta deve estar atento a potencial necessidade de um trabalho multidisciplinar, em muitos casos há a necessidade de um acompanhamento médico e até de grupos de ajuda como Alcoólicos Anônimos.

É importante que o terapeuta acredite na capacidade de recuperação do Estado de Ego Adulto do cliente, pois como afirma Crema (1982):

*(...) com o reconhecimento do Adulto do outro o relacionamento torna-se imensamente mais produtivo, pois o canal de comunicação enriquece-se com a participação mútua, em que estão disponíveis todos os Estados de Ego do paciente, especialmente o Adulto e a Criança Livre, possibilitando o crescimento de todos os participantes (p. 94).*

Utilizando-se de contratos terapêuticos o psicólogo pode estabelecer mecanismos que objetivem uma mudança de comportamento. Essa mudança será alcançada através do estabelecimento de metas mensuráveis e de mudança comportamental, pois cada um dos familiares assumirá a responsabilidade por ganhar ou perder algo. Esse passa a ser um compromisso do Adulto do cliente com o terapeuta.



O contrato deve ter seus objetivos gerais claros, quais os passos a serem desenvolvidos para alcançá-los, o que deve ser feito e como fazer para alcançar as metas que foram propostas.

Um outro fator importante a ser considerado pelo terapeuta é o fato de que jogos de terceiro grau não podem ser interrompidos abruptamente, com o risco de haver um colapso físico e psíquico do cliente. Devem ser retirados paulatinamente, com contratos que interrompam os jogos mais nocivos até chegar nos de menor grau.

Por fim, o terapeuta deve ajudar a família a manter-se na sobriedade, uma vez que passa a viver um momento tênue e importante. Ele deve procurar reduzir ao máximo os conflitos interpessoais, orientando a família para que todos possam atuar num padrão comportamental positivo.

# CONCLUSÃO

***“Uns tomam éter, outros cocaína.  
Eu já tomei tristeza, hoje tomo alegria.”  
(Manuel Bandeira, 1981, p. 60 )***

Neste trabalho de revisão bibliográfica utilizou-se tanto o alcoolismo para abordar questões referentes a interação familiar quanto a família para entender as dinâmicas relacionadas ao álcool.

Objetivou-se neste estudo repensar a prática clínica, utilizando-se da teoria como elemento norteador de todo o trabalho.

O estudo de múltiplas abordagens foi peça fundamental para a compreensão da dinâmica de funcionamento da família alcoólica e da interação entre seus membros. A utilização da Teoria Sistêmica e da Análise Transacional puderam proporcionar uma perspectiva, ao mesmo tempo, enriquecedora e polêmica e ainda uma compreensão mais aberta desse tema.

Nas discussões levantadas observou-se que o equilíbrio da família é conseguido através da “redefinição de papéis” consciente e inconsciente entre o indivíduo e o grupo. A terapia deve ser usada para promover esse equilíbrio, sem criar com isso mais rigidez ou novas patologias.

É importante que o psicólogo esteja aberto a “pluralidade”, a nível conceitual do que seja alcoolismo, para não criar conflitos com outros profissionais que, eventualmente, precisem interagir no processo de cura do grupo familiar por ele assistido.

Para compreender profundamente estes indivíduos o psicólogo deve ter a capacidade de compreender e considerar todas as dores emocionais presentes na dinâmica do indivíduo e do grupo a que pertence.

Aponta-se como possível desdobramento deste trabalho um estudo mais aprofundado sobre a relação da mulher com o álcool, já que ao longo dessa revisão percebeu-se não existirem muitos autores que tratem com profundidade esse tema.

Vale ressaltar o quanto foi gratificante perceber que, apesar das dificuldades em unir teorias oriundas de campos teóricos distintos, é possível reunir pressupostos teóricos diferentes na busca de um mesmo objetivo, isto é, a conquista da estabilidade familiar.

Como a epígrafe retirada do poema *Não Sei Dançar* de Bandeira (1981), que inicia e encerra este tópico, conclui-se que é a tomada de consciência das dores causadas que conduzirá a decisão de viver de forma saudável.

Assim, há sempre algo que remete o ser humano a sua origem, seja como indivíduo ou como parte de um grupo, ligados geneticamente ou por afinidades. Cabe a cada um escolher, de maneira livre e saudável, a melhor forma de conduzir a própria vida.

***“Uns tomam éter, outros cocaína.  
Eu tomo alegria!”  
(Manuel Bandeira, 1981, p. 60 )***

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcoólicos Anônimos. *A História de como Milhares de Homens e Mulheres se Recuperaram do Alcoolismo*, 1989.
- BANDEIRA, Manuel. *Meus Poemas Preferidos*. Editora Ediouro, Rio de Janeiro, 2002.
- BANDEIRA, Manuel. *Manuel Bandeira: Poeta Até o Fim*. Editora Abril Educação, São Paulo, 1981.
- BAUER, Jan. *O Alcoolismo e as Mulheres – Contexto e Psicologia*. Editora Cultrix, São Paulo, 1982.
- BEATTIE, Melody. *Codependência Nunca Mais*. Editora Best Seller, São Paulo, 1992.
- BERNE, Eric. *Análise Transacional em Psicoterapia*. Editora Summus, São Paulo, 1985.
- BERNE, Eric. *O Que Você Diz Depois de Dizer Olá? A Psicologia do Destino*. Editora Nobel, São Paulo, 1988.
- BERNE, Eric. *Os Jogos da Vida – Análise Transacional e o Relacionamento entre as Pessoas*. Editora Nobel, São Paulo, 1995.
- CARTER, Betty. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – Uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª Edição. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- CASTILHO, Tai. *Temas em Terapia Familiar*. Editora Plexos, São Paulo, 1994.
- COLLE, François Xavier. *Toxicomanias, Sistemas e Famílias*. Editora Climepsi, São Paulo, 2001.
- CREMA, Roberto S. *Manual de Análise Transacional*. Editora Teledata, Brasília, 1982.

- EDWARDS, Griffith. *A Política do Álcool e o Bem Comum*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1998.
- ELKAÏM, Mony. *Panorama das Terapias Familiares*. Editora Summus, São Paulo, 1998.
- FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro. *Adolescência, Família e Drogas – A Função Paterna e Questão dos Limites*. Editora Mauad, Rio de Janeiro, 2002.
- GRIFFITH, Edwards. *O Tratamento do Alcoolismo*. Fontes Editora, São Paulo, 1987.
- HOLANDA, Chico Buarque de. *Chico Buarque: Letra e Música*. Editora Companhia das Letras, São Paulo, 1989.
- KALINA, Eduardo. *Drogadição II*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.
- KERTÉSZ, Roberto. *Análise Transacional ao Vivo*. 2ª Edição. Editora Summus, São Paulo, 1987.
- LAPA, Abílio. *Estudos Clínicos do Alcoolismo*. S&S Editora, Brasília, 1998.
- MARQUEZ, Gabriel Garcia. *Cem Anos de Solidão*. Editora Record, Rio de Janeiro, 1967.
- MELMAN, Charles. *Alcoolismo, delinqüência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. Editora Escuta, 2ª edição, São Paulo, 2000.
- OLIVENSTEIN, Claude. *Destino do Toxicômano*. Editora ALMED, São Paulo, 1985.
- PAUPITZ, Júlio F. *O alcoólico: Análise, Dependência e Recuperação*. Editora Relisu, São Paulo, 1987.
- RAMOS, Sérgio de Paula. *Alcoolismo Hoje*. Editora Artes Médicas, 2ª edição, Porto Alegre, 1990.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia e Saúde*. Editora MEDSI, 3ª edição, Rio de Janeiro, 1988.

SCHEINBERG, Gabriela. *O Preço Social*. Jornal O Estado de São Paulo, 27 de setembro de 2002.

SCHFF, Jacqui Lee. *Passividade – Prêmios Eric Berne*. Transactional Analysis Journal, 1982.

SCHUCKIT, Marc. *Abuso de Álcool e Drogas – Uma Orientação Clínica ao Diagnóstico e Tratamento*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1991.

VAILLANT, George E. *A História Natural do Alcoolismo Revisada*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1999.

VIEIRA, João Luiz, VELLOSO, Beatriz. *Movidos a Álcool*. Revista Época n.º 241, de 30 de dezembro de 2002

## DISCOGRAFIA

BELCHIOR. *Como os Nossos Pais*. Quinta faixa do disco *Alucinação* do mesmo autor, de 1976.

DENVER, Jonh. *Canção do Amor Talvez*. Versão: José Fernandes de Oliveira, décima terceira faixa do disco *Francisco e Clara: O Musical*. Editora Paulinas, São Paulo.

FERREIRA, Gullar. *Traduzir-se*. Música de Raimundo Fagner sobre o poema de Ferreira Gullar, 12ª faixa do disco de mesmo nome, lançado em 1981.

RUSSO, Renato; Villa-Lobos, Dado; Bonfá, Marcelo. *A Dança*. Segunda faixa do CD do *Legião Urbana* produzido em 1995.

VELOSO, Altay. *Renascer*. Decima Segunda faixa do CD *Valsa Brasileira*, de Zizi Possi.