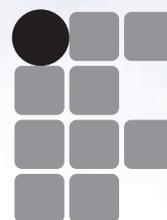




Psicologia aplicada à Reabilitação

Menyr Antonio Barbosa Zaitter

Meilyn Hasenauer Zaitter Lemos



**INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ**
Educação à Distância

**Curitiba-PR
2011**

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ -
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola
Técnica Aberta do Brasil - e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Profª. Mara Christina Vilas Boas
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino – PROENS

Prof. Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração – PROAD

Prof. Paulo Tetuo Yamamoto
**Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e Inovação –
PROEPI**

Neide Alves
**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assuntos
Estudantis - PROGEPE**

Prof. Carlos Alberto de Ávila
**Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento
Institucional – PROPLADI**

Prof. José Carlos Ciccarino
Diretor Geral de Educação a Distância

Prof. Ricardo Herrera
**Diretor de Planejamento e Administração
EaD – IFPR**

Profª Mércia Freire Rocha Cordeiro Machado
**Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão
EaD – IFPR**

Profª Cristina Maria Ayroza
**Coordenadora Pedagógica de Educação a
Distância**

Prof. Rubens Gomes Corrêa
Coordenador do Curso

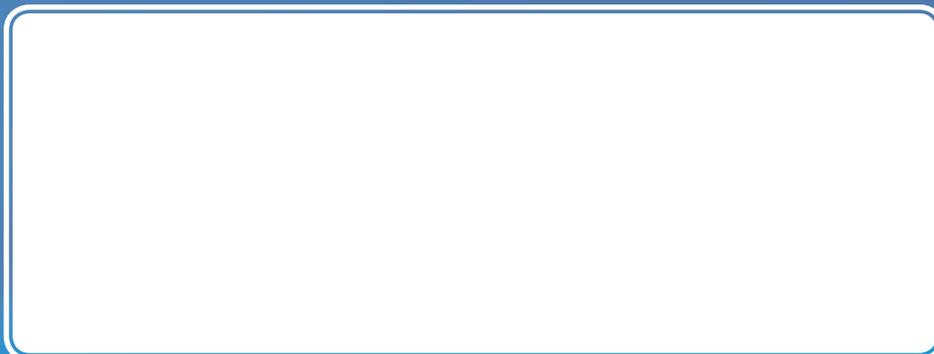
Adriana Valore de Sousa Belo
Cassiano Luiz Gonzaga da Silva
Karmel Louise Pombo Schultz
Rafaela Aline Varella
Assistência Pedagógica

Profª Ester dos Santos Oliveira
Profª Telma Lobo Dias
Luara Romão Prates
Revisão Editorial

Paula Bonardi
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

Catálogo na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia - Paraná



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br

Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou “curiosidades” e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Palavra do professor-autor | 11 |
| Aula 1 – O início da dependência química | 13 |
| 1.1 A dependência química começa em casa..... | 13 |
| 1.2 O consumo de álcool e tabaco também começa em casa | 14 |
| 1.3 Subvícios da família..... | 15 |
| 1.4 Como é adquirido o vício..... | 15 |
| 1.5 As dependências física e psicológica..... | 16 |
| Aula 2 – Drogas e suas consequências | 19 |
| 2.1 A droga e o grupo | 19 |
| 2.2 As drogas e suas vítimas | 20 |
| 2.3 Distúrbios psicológicos e a droga..... | 23 |
| Aula 3 – A doença mental e a psicologia da droga | 25 |
| 3.1 Limitações emocionais..... | 28 |
| Aula 4 – O aspecto psicológico do álcool | 35 |
| 4.1 Álcool..... | 35 |
| 4.2 Dependência do álcool..... | 36 |
| 4.3 Sintomas comportamentais..... | 38 |
| Aula 5 – Alcoolismo: doença ou modismo? | 41 |
| 5.1 A psicologia do bebedor..... | 41 |
| 5.2 A doença do álcool..... | 42 |
| 5.3 Álcool e a família | 43 |
| 5.4 Padrões de funcionamento em famílias alcoolistas..... | 44 |
| Aula 6 – Características ocultas do cigarro | 47 |
| 6.1 Dependência do cigarro..... | 47 |
| 6.2 Função psicológica do cigarro..... | 50 |

| | |
|--|-----------|
| Aula 7 – Emagrecedores e seus efeitos mentais | 53 |
| 7.1 Emagrecedores..... | 53 |
| 7.2 Efeitos colaterais psicológicos das anfetaminas..... | 54 |
| Aula 8 – Ansiolíticos | 59 |
| 8.1 Efeitos colaterais..... | 60 |
| 8.2 Efeitos físicos e psíquicos | 61 |
| Aula 9 – Soníferos | 63 |
| 9.1 Stress e drogas..... | 64 |
| 9.2 Comportamento e autoconhecimento | 65 |
| Aula 10 – A família na dependência | 69 |
| 10.1 Família psicológica..... | 69 |
| 10.2 O papel da família..... | 71 |
| 10.3 O papel do pai e da mãe na família adicta..... | 72 |
| Aula 11 – A co-dependência | 75 |
| 11.1 Quem é o co-dependente? | 75 |
| Aula 12 – O casamento “químico” | 81 |
| 12.1 Famílias disfuncionais..... | 82 |
| Aula 13 – O álcool e a sexualidade | 87 |
| 13.1 Álcool, sexo e televisão..... | 89 |
| Aula 14 – Como identificar o usuário | 91 |
| 14.1 Tipos de usuários..... | 91 |
| 14.2 O jogo é droga?..... | 92 |
| Aula 15 – Preconceito ao dependente químico | 95 |
| Aula 16 – Aspectos psicopatológicos da droga | 99 |
| 16.1 Toxicomania..... | 99 |
| 16.2 O espelho partido..... | 100 |
| 16.3 Estágio do excesso..... | 102 |

| | |
|--|------------|
| Aula 17 – A desintoxicação | 105 |
| 17.1 Objetivos da Desintoxicação | 105 |
| 17.2 Processo de desintoxicação..... | 106 |
| Aula 18 – Prevenção familiar | 109 |
| 18.1 Como orientar as famílias..... | 109 |
| 18.2 A importância da família no tratamento..... | 110 |
| 18.3 O que pode atrapalhar a participação da família?..... | 111 |
| Aula 19 – Métodos de utilização terapêutica | 117 |
| 19.1 Observação | 117 |
| 19.2 Avaliação..... | 118 |
| 19.3 Diálogo..... | 119 |
| 19.4 Atitude..... | 120 |
| Aula 20 – Encaminhamento se necessário | 121 |
| 20.1 Em busca da cura..... | 121 |
| Referências | 135 |
| Atividades autoinstrutivas | 143 |
| Currículo do professor-autor | 159 |

Palavra dos professores-autores

Caro estudante,

Seja bem vindo à disciplina de Psicologia.

A dependência da droga vem atingindo cada vez mais os nossos jovens, causando à família conflito e questionamento.

Os fenômenos da droga angustiam os pais, preocupam os estudantes, interpelam as autoridades, fascinam os jovens.

O centro do problema é como a sociedade e a família, tratam dos problemas próprios da crise da adolescência, não procurando muitas vezes, ajuda necessária.

Objetivando uma orientação adequada aos alunos, pais e sociedade no processo ao qual procura reabilitar os dependentes químicos, não podemos esquecer que um dos pontos especiais é a formação da personalidade.

Esta disciplina capacitará o estudante, futuro profissional do curso em reabilitação de dependentes químicos, a desenvolver competências para orientar e acompanhar e principalmente prevenir o uso de drogas.

Sua participação se faz de sumo terapêutico em nosso processo de aprendizagem.

Aprendam para saber orientar!

Professores

Aula 1 – O início da dependência química

Nesta aula trataremos do início da dependência química. Onde é possível iniciar essa doença e quais os pontos mais destacáveis para este mal individual e também familiar.



Figura 1.1: Trabalhando os males da dependência química

Fonte: © David Davis / www.shutterstock.com

1.1 A dependência química começa em casa

A drogadição não é apenas uma doença “cerebral”. Um dos elementos sociais envolvidos na drogadição é a exposição a estímulos condicionantes. Devemos entender a dependência química como uma doença bio-psico-social, formada por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social.

Muitos dos dependentes químicos iniciaram e iniciam seu relacionamento com as drogas exatamente no lugar onde se julgaria que estariam mais seguros: dentro de casa. Na realidade é em casa, em família, que as crianças aprendem como se relacionar com as substâncias químicas. Os pais são o modelo de comportamento adulto dos filhos.

O fato é que muitas famílias adotam um modelo de comportamento permissivo em relação às substâncias químicas, utilizando-as como alternativa para a solução imediata de suas angústias e problemas. Até o fim da infância os pais são vistos como referência do que é certo, um espelho e, somente na

adolescência, quando passam a ter contato com outros modelos de comportamento, que começam a questioná-los. Mas é na infância que o indivíduo estabelece sua forma de lidar com o mundo, com as angústias e com as emoções. Como exemplo o pai que chega em casa e, estressado, toma um whisky, ou a mãe que usa um calmante, para relaxar.

Isso implica em um modelo de que para qualquer problema, uma substância química é uma solução rápida.

As crianças descobrem a “farmacinha” doméstica e vão à busca daqueles remédios gostosinhos, como por exemplo, alguns xaropes com gosto doce, ou mesmo alguns comprimidos que parecem balas.

Junto a este modelo familiar uma das características mais típicas dos adolescentes é o imediatismo, onde para qualquer dificuldade do dia a dia o “remedinho” ou a bebida vira um alívio imediato para o desconforto que se criou com o problema em questão. Com estes elementos está criado o ambiente onde a dependência química se instala.

As crianças e adolescentes não aprendem com discurso, mas com comportamento, com exemplo, com coerência. E aí entra uma série de aprendizados indiretos, muitas vezes não relacionados com as drogas em si, mas que fazem parte deste modelo. O diálogo é o modelo que precisa ser implantado no ambiente familiar.

<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3972&ReturnCatID=1796>

1.2 O consumo de álcool e tabaco também começa em casa



Figura 1.2: A dependência química em casa

Fonte: © viktor_8 /
www.shutterstock.com

“As drogas que mais destroem os indivíduos estão expostas nas cristaleiras ou consumidas em qualquer festa familiar”.

(Meilyn Hasenauer Zaitter Lemos – psicóloga – 2010)

O estereótipo de que droga é só maconha e cocaína contribui para o consumo intenso de álcool e tabaco podendo desta forma o álcool ser anunciado livremente e costuma ser vinculado pela publicidade até a imagem de atletas. Já se sabia que o álcool é o psicotrópico de uso mais difundido no País, mas a estridência dos meios de comunicação ao falar de drogas ilegais sugeria

que elas estariam tomando a prioridade como ameaça social. Mais silenciado e em muitas instâncias protegido por uma capa de respeito, o álcool é consumido regularmente de três a quatro vezes por semana ou até todos os dias.

<http://redeadeco.blogspot.com/2011/05/dependencia-quimica-comeca-em-casa.html>

1.3 Subvícios da família

Subvício é qualquer hábito ou vício familiar “socialmente aceito” como o tabagismo, o alcoolismo, o “trabalhismo”, a automedicação etc.

“...Quando criança achava legal meu pai fumar. Olhava e achava bacana. Roubava cigarro para brincar, queimava como chaminé de castelos de areia. Papai pedia para comprar cigarros, pegar fósforos na cozinha. Papai falava que era porcaria mas vivia sempre fumando. Um dia roubei cigarro e fui experimentar no banheiro. Lá estava meu irmão mais velho com outro cigarro. Um deu força para o outro. Com 13 anos experimentei maconha. Com 15 fumava de cinco a seis baseados por dia. Papai parou de fumar. Hoje com 17 anos, não consigo parar nem o tabaco, nem a maconha...”

(Depoimento de um jovem de 17 anos, aluno do primeiro colegial)

1.4 Como é adquirido o vício

Existem muitas questões sobre a natureza do vício. A negação é um bom indicador de dependência? Algumas drogas realmente causam tanta dependência quanto as pessoas dizem? Quando se trata de questões sobre prevenção do uso de drogas e álcool, existem muitas táticas, mas convencer uma pessoa a não usar essas substâncias é muito difícil, principalmente quando usamos argumentos exagerados, já que o exagero provoca sentimentos de desconfiança.

Embora aprofundado o estudo do vício, ele ainda é um conceito relativamente novo. Mas como surgiram relatos e confissões de pessoas que tinham um desejo irresistível de consumir álcool e drogas (uma vez que se tornaram mais acessíveis), a ideia sobre algumas substâncias mudou, acabando por então ser desenvolvido o conceito do vício.

Acreditava-se que certas substâncias como o álcool e depois o ópio, tinham propriedades viciantes, o que significa que era o seu conteúdo o culpado. Com o tempo essa ideia mudou e o vício passou a fazer parte do caráter do viciado. A dependência de drogas e álcool era vista como uma falha da personalidade, que a pessoa não conseguia se comportar. Posteriormente, o vício passou a ser visto como algo como uma doença, um sofrimento que a pessoa teria.



Sobre maconha e jovens – Içami Tiba – 4ª edição – Ed. Ágora

O autor neste livro analisa a maconha, os seus efeitos e a maneira pela qual os jovens acabam se envolvendo com ela. Um livro muito útil para pais, jovens e terapeutas, pois é escrito numa linguagem simples e de fácil compreensão, onde estabelece também um paralelo entre as etapas do desenvolvimento escolar e os aspectos preventivos ao consumo da droga.



Assista ao filme, “Quebrando o tabu”, de 2011.

Há 40 anos os EUA levaram o mundo a declarar guerra às drogas, numa cruzada por um mundo livre de drogas. Mas os danos causados por elas nas pessoas e na sociedade só cresceram. Abusos, informações equivocadas, epidemias, violência e fortalecimento de redes criminosas são os resultados da guerra perdida numa escala global. Num mosaico costurado por Fernando Henrique Cardoso, “Quebrando o Tabu” escuta vozes das realidades mais diversas do mundo em busca de soluções, princípios e conclusões. Bill Clinton, Jimmy Carter e ex-chefes de Estado, como da Colômbia, do México e da Suíça, revelam porque mudaram de opinião sobre um assunto que precisa ser discutido e esclarecido. Do aprendizado de pessoas comuns, que tiveram suas vidas marcadas pela Guerra às Drogas, até experiências de Dráuzio Varella, Paulo Coelho e Gael Garcia Bernal, “Quebrando o Tabu” é um convite para discutir o problema com todas as famílias.

Embora tenhamos conhecimento de que certas substâncias agem no cérebro de forma a fazer com que a pessoa queira usar mais, os viciados em drogas e os alcoolistas ainda são considerados pela sociedade como desvirtuados ou aqueles que não “querem nada com nada”. E com todos os dados disponíveis e os avanços médicos na identificação de diferentes aspectos do abuso de álcool e substâncias ilícitas, a ciência ainda está trabalhando com algumas questões importantes, como a possibilidade de as substâncias serem viciantes ou as pessoas serem viciadas nas substâncias ou quem sabe os dois.

Podemos afirmar que o vício tem seu início sob quatro aspectos principais:

- **Problemas emocionais:** relacionamento familiar abalado, conflitos internos, crise existencial, não aceitação de normas e síndrome da adolescência somam 65%.
- **Curiosidade:** efeito e má orientação, principalmente sobre as drogas como os solventes (cola) e a maconha – 20%.
- **Exibicionismo – auto-afirmação:** mostrar aos outros que também “entrou nessa” – 10%.
- **Problemas mentais:** muitos pais preferem internar seus filhos em hospitais específicos para tratamento de drogas, alegando que o mesmo está fora da realidade por usar a substância x – 5%.

Como causa mais importante, podemos destacar os problemas emocionais, isto porque envolvem má formação da família ou obstruções familiares que seriam os rompimentos inter-relacionais.



Para adquirir maiores conhecimentos sobre o tema leia o livro **Drogadição – Drogas e consequências**, Menyr A. B. Zaitter – 3ª edição Ed. Lovise

<http://marcosfleury.blogspot.com/2008/01/dependencias-quimica-e-vicio.html>

1.5 As dependências física e psicológica

1.5.1 Dependência física

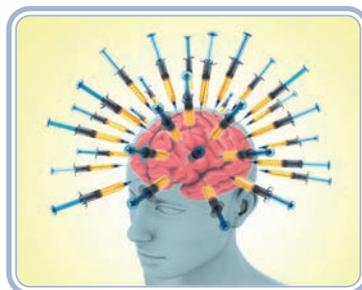


Figura 1.3: Cérebro

Fonte: © iDesign / www.shutterstock.com

Para que tenhamos a ideia do mecanismo da dependência, lembro aqui a experiência do cientista russo Ivan Pavlov que ficou consagrada nos meios científicos de todo o mundo.

Pavlov realizou sua experiência em um cão. Ao ser colocado diante de um pedaço de carne, o animal salivava porque já havia comido este alimento, havia gostado e assim, ao ver a carne, o cão já se aproxima

mava salivando. Na etapa seguinte da experiência, Pavlov associou à presença do alimento uma fonte luminosa ou uma campainha. O cientista trazia o cão, acendia a luz, tocava a campainha, mostrava a carne e o cão, imediatamente, salivava. Numa etapa mais avançada, o cientista verificou que, ainda que não mostrasse a carne, mas se acionasse a fonte de luz ou a campainha, o cão salivava da mesma forma. Ficou evidenciado que o cão passou a associar a carne aos outros dois elementos e a salivação fazia parte de um conjunto de estímulos da presença da luz ou do som da campainha. A esta experiência, Pavlov denominou de reflexo condicionado.

De forma semelhante, os seres humanos muitas vezes entram numa situação de dependência, pela associação de elementos. Por exemplo, uma pessoa que chega do trabalho com dor de cabeça e toma uma medicação para aliviar, se sentindo melhor. Com o tempo, ela passa a associar à medicação o fator bem-estar e daí para a dependência é apenas um pequeno passo. A dependência física pela necessidade do remédio criada no organismo.

<http://www.forumespirita.net/fe/toxicodependencia/drogas-dependencia-fisica-e-psicologica/>

A suspensão da substância utilizada acarretaria a chamada crise da “abstinência”. A dependência física é o resultado da adaptação do organismo, independente da vontade do indivíduo. Isto significa que o corpo não suporta a síndrome da abstinência entrando em estado de pânico. Sob os efeitos físicos da droga, o organismo não tem um bom desenvolvimento.

<http://saibatudosobredrogas.blogspot.com>

A **dependência física** se constitui quando determinada droga, que é utilizada como abuso, cria aspectos de tolerância e de síndrome de abstinência. Para Eddy et al. (1965) é “*um estado adaptativo que se manifesta por intensos distúrbios físicos, quando a administração de uma droga é suspensa*”, que caracteriza um estado denominado *craving*.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Depend%C3%Aancia_f%C3%ADsica

1.5.2 Dependência psicológica

A **dependência psicológica** se relaciona com a necessidade de usar determinada droga para ter uma sensação de bem estar e alívio das tensões. Caracteriza-se por fenômenos cognitivos onde sempre há uma busca pelos efeitos iniciais do uso da droga.

Figura 1.4: Álcool
Fonte: © Piotr Marcinski / www.shutterstock.com



A dependência psicológica é influenciada pela droga, pelos seus efeitos positivos (a boa viagem) e negativos (a má viagem), pela companhia do uso (sozinho, com amigos, com desconhecidos) e pelos estados emocionais e afetivos.

http://wapedia.mobi/pt/Depend%C3%Aancia_psicol%C3%B3gica

Em estado de dependência psicológica, o indivíduo sente um impulso irrefreável, tem que fazer uso das drogas a fim de evitar o mal-estar. A dependência psicológica indica a existência de alterações psíquicas que favorece a aquisição do hábito. O hábito é um dos aspectos importantes a ser considerado na toxicomania, pois a dependência psíquica e a tolerância significam que a dose deverá ser ainda aumentada para se obter os efeitos desejados. A tolerância é o fenômeno responsável pela necessidade sempre presente que o viciado sente em aumentar o uso da droga.

Em estado de dependência psíquica, o desejo de tomar outra dose ou de se aplicar, transforma-se em necessidade que, se não satisfeita, leva o indivíduo a um profundo estado de angústia (estado depressivo). Esse fenômeno não deverá ser atribuído apenas às drogas que causam dependência psicológica. O estado de angústia, por falta ou privação da droga, é comum em quase todos os dependentes e viciados.

<http://www.antidrogas.com.br/dependencia.php>



Para saber um pouco mais sobre o tema abordado nesta aula, acesse o link abaixo:
www.antidrogas.com.br

Resumo

Nesta nossa primeira aula pudemos verificar:

- A dependência química se instala facilmente e inicialmente dentro de nossas casas.
- O vício possui início sob quatro (4) aspectos importantes sendo o mais destacado os problemas emocionais.
- A dependência física gera a crise de abstinência.
- A dependência psicológica se influencia por aspectos positivos e negativos.



Atividades de aprendizagem

1. Cite em 5 tópicos qual a maneira mais fácil de identificar a dependência química e como podemos reconhecer o vício?

Aula 2 – Drogas e suas consequências

Nesta aula saberemos um pouco mais sobre a curiosidade das pessoas pelas drogas em geral. Veremos quais são os ambientes mais convidativos e como as drogas se manifestam nesses espaços.



Figura 2.1: dependentes químicos

Fonte: © Jirsak / www.shutterstock.com

2.1 A droga e o grupo

Como pensar na inserção do jovem ao mundo das drogas?

Entre os impedimentos para a autoidentificação, no período da adolescência, destaca-se a rejeição.

Caracterizado pelo abandono a que se sente relegado o jovem no lar, esse estigma o acompanha na escola, no grupo social, em toda parte, tornando-o tão amargurado quanto infeliz. Sentindo-se impossibilitado de se auto-realizar, o adolescente, que vem de uma infância de desprezo, foge para dentro de si, rebelando-se contra a vida que é a projeção inconsciente da família desestruturada, contra todos, o que é uma verdadeira infelicidade. Daí ao desequilíbrio, na desarmonia psicológica em que se encontra, é um passo.

Todos os tipos de drogas tornam-se convites de soluções para os jovens sem percepção, que se entregam medrosos, nos seus vapores venenosos e destruidores, que só a muito custo conseguem superar, após exaustivos tratamentos e muito esforço.

<http://www.espirito.org.br/portal/artigos/diversos/drogas/o-adolescente-e-o-problema-das-drogas.html>



Assista ao filme: “**Sem Limites**”, 2011.

Eddie Morra (Bradley Cooper) sofre de bloqueio de escritor. Um dia, ele reencontra na rua seu ex-cunhado, Vernon (Johnny Whitworth) que lhe apresenta um remédio revolucionário que permite o uso de 100% da capacidade cerebral. O efeito é imediato em Eddie, pois ele passa a se lembrar de tudo que já leu, ouviu ou viu em sua vida. A partir de então ele consegue aprender outras línguas, fazer cálculos complicados e escrever muito rapidamente mas, para manter este ritmo, precisa tomar o remédio todo dia. Seu desempenho chama a atenção do empresário Carl Van Loon (Robert De Niro) que resolve contar com sua ajuda para fechar um dos maiores negócios da história.

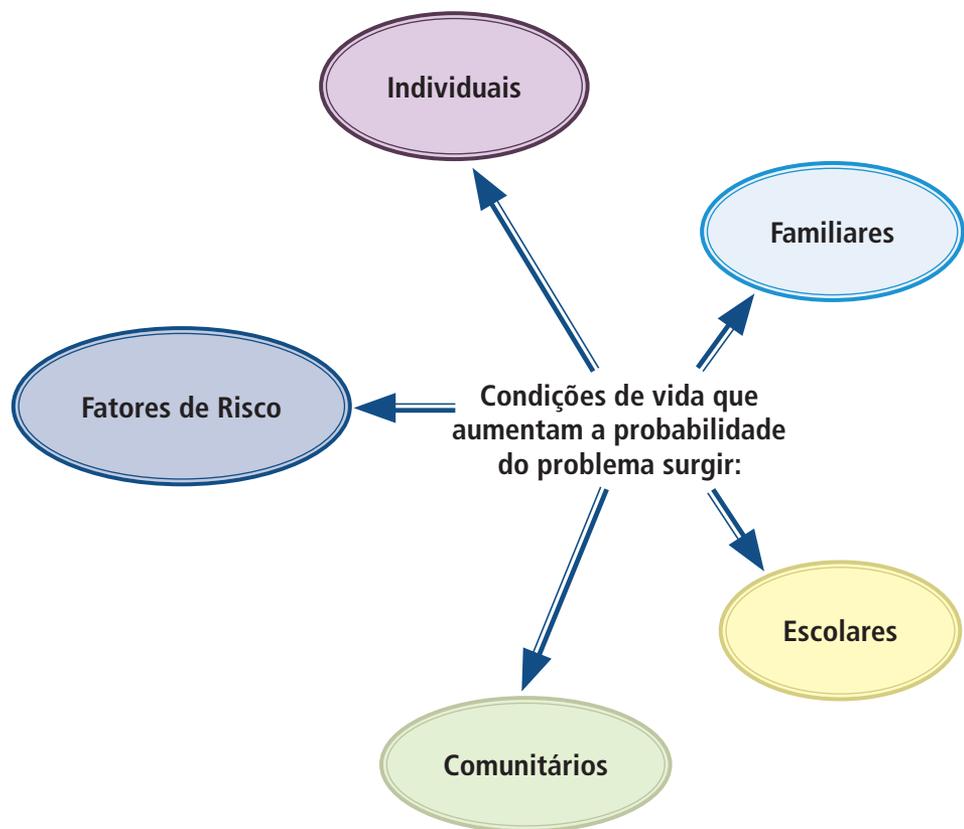


Figura 2.2: A droga e o grupo
 Fonte: www.projetostematicos.pbworks.com



Duas ou três causas juntas como, por exemplo, curiosidade, desinformação e falta de perspectiva, transformam os jovens nas mais indefesas vítimas dos traficantes de drogas. Curioso por natureza, desinformado por omissão de quem devia orientá-lo e sem perspectiva de um futuro melhor, certamente ele irá experimentá-la. E daí ao vício é apenas questão de tempo.

http://www2.brasil-rotario.com.br/revista/materias/rev935/e935_p24.html

2.2 As drogas e suas vítimas

A visão popular mais comum sobre os drogaditos é que são pessoas fracas e más, que não querem levar uma vida norteadada por princípios morais nem controlar seu comportamento e a satisfação de seus desejos. Há muitas pessoas que acham que pessoas adictas não merecem nem receber tratamento ou, o que é pior ainda, algumas pessoas consideram aquelas que trabalham na prevenção do abuso de drogas como também portadoras de ideologias diferentes do público geral, portanto, passando a ser igualmente problemáticas e indesejáveis.

A divergência entre a maneira de ver o usuário de drogas como uma “pessoa má” e de vê-lo como um “portador de doença crônica” é de fundamental importância para a compreensão e atuação junto ao problema.

<http://gballone.sites.uol.com.br/voce/drogas.htm>

O problema das drogas é muito maior do que imaginamos e não será solucionado enquanto a sociedade não se conscientizar da sua importância neste combate, principalmente porque as drogas não escolhem vítimas, não respeitam classes sociais e nem mesmo se preocupam com o poder aquisitivo das pessoas. Simplesmente elas chegam e se apossam dos indivíduos que, salvo raras exceções, tornam-se seus escravos.

É indiscutível que a sociedade gera, permanentemente, fatores *criminógenos* que provocam reações de efeitos diversos, dependendo do caráter e da personalidade de cada um. Nem todo menor carente é um infrator ou poderá se tornar um marginal, em função da miséria e do abandono em que se encontra. No entanto, suas necessidades culturais e afetivas constituem um campo fértil a impulsioná-lo para a marginalidade.

<http://eleontemhojesempre.blogspot.com/2011/02/alguem-chegasse-perto-de-voce-e-pedisse.html>

Este jovem desprovido de maturidade emocional, vivendo a complexidade da vida humana, o medo de enfrentar dificuldades, as frustrações e o modismo é um forte candidato para as drogas.



Figura 2.3: grupo de jovens
Fonte: © Poznyakov / www.shutterstock.com

O jovem usuário de drogas tem dificuldade de formar um “eu” adulto e fica sempre com uma sensação de incompletude; a droga age como um cimento nas fendas da parede que completa seu “eu”. As carências constituídas na primeira infância acarretam esta “falta” ou “incompletude” e a droga vem para completar.

É no grupo que o jovem busca a sua identidade, faz a transição necessária para alcançar a sua individualização adulta. Porém, o jovem tem o livre-arbítrio na escolha de seu grupo de companheiros. O tipo de grupo com o qual ele se identifica tem tudo a ver com sua personalidade.

Outra motivação forte para o jovem buscar a droga é a transgressão. Transgredir é contestar, é ser contra a família, contra a sociedade e seus valores. Certa dose de transgressão na adolescência é até normal, mas quando ela excede com drogas, representa a desilusão e o desencanto.

Os jovens, muitas vezes, utilizam determinada droga para apontar a incoerência do mundo adulto que usa e abusa das drogas lícitas ou legais como álcool, cigarro e medicamentos. Acredita que os adultos deveriam ser um «porto-seguro», um referencial da lei e dos limites.



A “onipotência juvenil” é uma característica da adolescência que faz com que o jovem acredite que nada vai acontecer, pode usar drogas e não vai se tornar dependente. No entanto, é ainda maior o risco de dependência, no jovem quando:

- Possui dificuldade de desligar-se da situação de dependência familiar;
- Existem falhas na capacidade de reconhecer-se como indivíduo adulto, capaz e separado dos outros;
- Possui dificuldades de lidar com figuras de autoridade, desafia e transgri-de compulsivamente.

A sociedade atual tem pouco a oferecer para a criança antes que sejam considerados adultos produtivos, suas vidas não possuem significado e seus modelos são os heróis intocáveis e os bandidos da televisão. Os jovens sabem que nunca serão estes heróis e sentem necessidade de se descobrir e responder a questão “Quem sou eu?” É tão difícil para o jovem ser ele mesmo que acaba representando vários papéis, um em casa, outro com os colegas, outro na escola, indefinidamente espera ser levado em conta.

<http://www.espirito.org.br/porta/artigos/diversos/drogas/a-prevencao-12.html>

2.3 Distúrbios psicológicos e a droga

Estudando psicologicamente a formação de hábitos, veremos que, como comprovam estudos experimentais de psicólogos comportamentais, todos os comportamentos reforçados por uma recompensa positiva (agradável) tendem a ser repetidos e aprendidos. As futuras e sucessivas repetições tendem a fixar não só esse comportamento que conduz à recompensa mas, também, pode fixar os estímulos, sensações e situações eventualmente associados a esse comportamento.

A psicologia social, por exemplo, identifica elementos importantes que podem estar envolvidos na falta de autocontrole para o consumo de drogas, bem como em outros comportamentos descontrolados, tais como fazer apostas, comer de forma compulsiva, etc. É de interesse formular conceitos que expliquem como essas falhas de regulação leva, em última instância, à adição no caso do uso de drogas.

<http://gballone.sites.uol.com.br/voce/drogas.htm>

Resumo

A aula sobre as drogas e consequências destacou os seguintes pontos:

- A curiosidade é o primeiro encontro do indivíduo com a droga.
- O jovem é o mais interessado na procura da droga para se destacar e se posicionar na sociedade.
- Os aspectos psicológicos da droga se baseiam na falta de autocontrole e comportamentos descontrolados do indivíduo.

Atividades de aprendizagem

1. Qual a importância da sociedade para a compreensão do usuário de drogas?



Filhos que usam drogas.

Fernando Sielski –
Ed Adrenalina 1999.

Neste livro podemos encontrar uma maneira prática de identificação do consumo de drogas. Serve como um guia rápido para os pais e profissionais da área ou apenas aqueles que convivem com o problema do consumo de drogas com adolescentes.



Aula 3 – A doença mental e a psicologia da droga

Caro aluno, nesta terceira aula verá como a droga pode ser identificada também em pessoas com distúrbio mental. Como os tipos de drogas reagem para determinados tipos de pessoas e como isso interfere na imagem pessoal e autoestima, assim passamos a ter maior esclarecimento sobre suas características.



Figura 3.1: Interior

Fonte: Acervo do autor

Para ler e refletir...

Doença mental e abuso de substâncias - PERFIL: DUPLO DIAGNÓSTICO

Aqueles que lutam com os dois, doença mental séria e abuso de substâncias enfrentam problemas de enormes proporções.

Os serviços de saúde oferecidos a pessoas com problema mental, geralmente não estão preparados para lidar com pacientes tendo as duas dificuldades.

Geralmente só um problema é identificado; se os dois são reconhecidos o indivíduo provavelmente vai ficar sendo jogado de um serviço para outro: de uso de substâncias e o de saúde mental, ou terão seu tratamento recusado pelos dois.

Ainda que o quadro de duplo diagnóstico não tenha sido positivo no passado, existem sinais de que o problema tem sido reconhecido e existe um aumento no número de programas tentando resolvê-los.

Atualmente é um consenso que 50% da população com doença mental, também tem um problema de abuso de substância. A droga mais comumente usada é o álcool, seguido pela maconha e a cocaína.

Remédios com prescrição médica como tranqüilizantes e remédios para dormir também podem ser usados.

O uso abusivo de substâncias é maior entre homens e aqueles entre as idades de 18 e 44 anos.

Pessoas com problemas mental podem usar drogas escondidas sem que a família saiba. Agora é sabido que os familiares de pessoas com doenças mentais e profissionais da saúde mental (desvalorizam) desconsideram a quantia de pessoas com problemas de dependência aos seus cuidados.

Existem várias razões para isto. É difícil separar o comportamento devido à doença mental daqueles provenientes do uso de drogas.

Existe um grau de “negação” do problema, porque temos muito pouco a oferecer às pessoas com as duas doenças. Os responsáveis – família e médicos- preferem não tomar conhecimento de tão temido problema uma vez que tão pouca esperança é oferecida.

O abuso de substância complica quase todos os aspectos de tratamento das pessoas com doença mental.

Primeiro é difícil o indivíduo engajar no tratamento, o diagnóstico é difícil porque leva tempo para separar os efeitos interativos do abuso de substâncias e doença mental. Estas pessoas podem não ser toleradas em casa ou em programas comunitários de reabilitação.

Eles perdem seu apoio e sofrem constantes recaídas e hospitalização.

Violência é mais prevalente entre a população com duplo diagnóstico. Os dois – violência doméstica e tentativa de suicídio – são mais comuns e, dos doentes mentais que acabam na cadeia, existe uma porcentagem de dependentes químicos.

Sandra Blakeslee, "The New York Times"

[http://www.consumerstar.org/resources/pdf/Resources%20in%20other%20Languages/Portuguese/DualDiagnosis\(Portuguese\).pdf](http://www.consumerstar.org/resources/pdf/Resources%20in%20other%20Languages/Portuguese/DualDiagnosis(Portuguese).pdf)

Os hospitais detectam cada vez mais drogaditos com quadro de psicose junto à drogadição (principalmente a psicose por cocaína). A psicose por cocaína começa a ser cada vez mais frequente nas consultas psiquiátricas, sugerindo existir uma relação muito estreita entre a "mania de cocaína" e outras enfermidades psíquicas. Muitos pacientes que recorrem aos hospitais por consumo de cocaína apresentam ou apresentaram antes alguma patologia mental.

Quando tentamos relacionar o abuso de substâncias ou dependência química com Transtornos de Personalidade, predominantemente estamos pensando no adolescente, no jovem e/ou no adulto jovem. A classificação correta para os tipos de comportamentos problemáticos, possivelmente decorrentes de Transtornos de Personalidade é: Transtornos Comportamentais Destrutivos. Entre esses Transtornos Comportamentais Destrutivos estão o Transtorno Desafiador e de Oposição, o Transtorno de Conduta e o Transtorno de Personalidade Antissocial. Todos eles chamados de comportamentos antissociais.

Um ponto de partida na classificação e identificação desses comportamentos antissociais deveria levar em consideração o importante papel da agressividade mal adaptada ou do "mau" comportamento. Quando a agressividade não se apresenta de maneira francamente expressa, vale o mesmo raciocínio para a impulsividade.

Alguns trabalhos sugerem que esse tipo de agressividade-impulsividade esteja presente em crianças, adolescentes e adultos com Transtornos Destrutivos do Comportamento e com Transtorno Anti-social da Personalidade, levando a comportamentos delinquentes e, principalmente, podendo ter uma ligação com a dependência química.

<http://www.eduardomeloebanda.com.br/portal/dependenciaquimica.php>

3.1 Limitações emocionais

3.1.1 Autoimagem

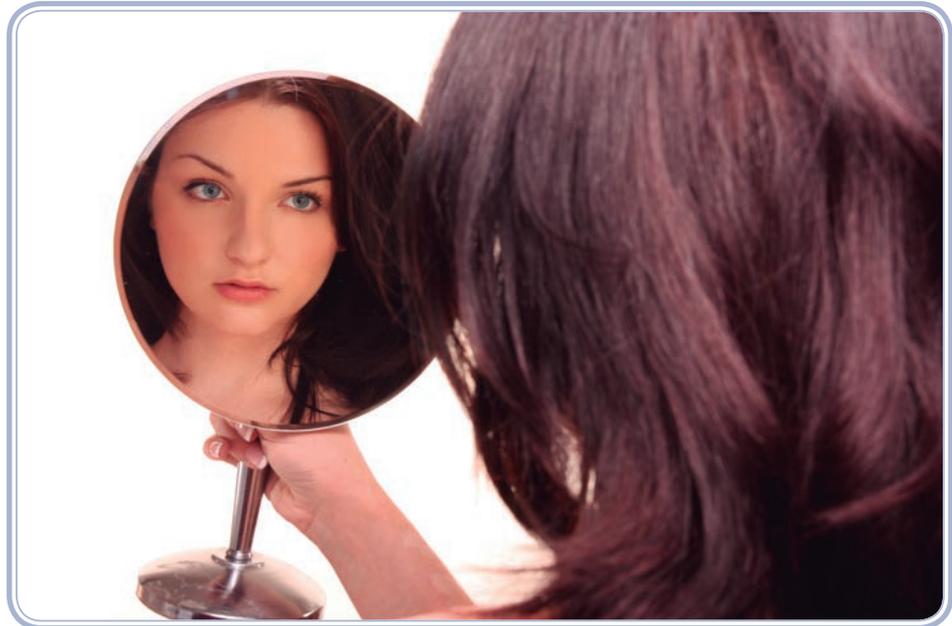


Figura 3.2: Autoimagem

Fonte: © katielittle / www.shutterstock.com

A Autoimagem é a parte descritiva do conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, chamado por William James de **si mesmo**. Ou seja é a descrição que a pessoa faz de si mesma. Esse conhecimento tem também uma parte valorativa que é a **autoestima**. (Potreck-Rose & Jacob, 2006).

O uso da palavra autoimagem no singular, no entanto, pode levar à ideia enganosa de que cada pessoa tenha apenas uma autoimagem (e uma autoestima). Na verdade esses dois conceitos são antes contexto-específico e uma pessoa pode ter uma imagem de si como um grande matemático e ao mesmo tempo como um esportista fracassado. Além disso existe a diferença entre a autoimagem individual, que se relaciona às características que fazem a pessoa ser única, a autoimagem coletiva, que são as informações sobre a pertinência aos diferentes grupos sociais dos quais o indivíduo faz parte e as autoimagens potenciais, ou seja a imagem que a pessoa tem de si no futuro. Assim fica claro que a autoimagem e a autoestima são mutáveis - e dessa forma também o “si mesmo”. Grande parte da autoimagem é construída na infância, mas mesmo na idade adulta, quando ela já se estabilizou, permanece um conceito dinâmico. Esse caráter dinâmico do si mesmo é condição básica para a **psicoterapia**.

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Autoimagem>

Para ler e refletir...

Autoimagem positiva e treinamento mental ajudam a superar limites

Muitos desportistas que se dizem impressionados (como a maioria das pessoas) com o desempenho dos atletas olímpicos nessa última versão dos Jogos se surpreendem com a seguinte questão:

Como é possível para esses atletas um desempenho tão espetacular sob tensões do próprio esporte e o perigo de acidente iminente nas mais variadas disputas?

Ao explicar, de modo geral, como nosso cérebro é capaz de auxiliar a produzir habilidades incríveis e como uma determinada acrobacia altamente complexa executada nas alturas, parece algo muito simples; citamos a importância de um programa mental preciso daquilo que tem de ser feito e como o atleta cria sua consciência (controle) de movimentos para a tarefa a ser realizada. E é sobre esse treinamento mental que escreveremos a seguir:

Não há mistério para treinar a mente dos atletas, como qualquer outro meio de treinamento atlético (por exemplo, preparação física), conhecimento, treinamento e um bom planejamento é um bom início.

A imagem mental é a linguagem do cérebro, que não pode diferenciar a atividade física da visualização bem realizada da própria atividade. Por isso, imagens mentais podem ser utilizadas pelo cérebro para permitir a repetição, elaboração, intensificação e preservação das habilidades e seqüências de movimentos atléticos importantes.

Portanto o treinamento mental é a mobilização da consciência (mente) para criar imagens claras e definidas, sem nenhum tipo de interferência de outros pensamentos e simular determinada ação em um contexto real. Por conseguinte, técnicas, táticas esportivas e demais habilidades (controle emocional, autoconfiança, motivação, etc.) são campo de ação e vivência para a aplicação do treinamento mental.

Sendo assim, há um desenvolvimento da auto-imagem, pois é essa que determina os limites para atingir qualquer objetivo particular. Essa auto-imagem sendo positiva faz o atleta superar-se, proporcionando confiança e habilidade para isso.

Renato Miranda/UOL-Viya Estelar
http://www2.uol.com.br/vyaestelar/autoimagem_superar_limites.htm

3.1.2 Autoestima

Para compreendermos melhor a autoimagem, precisamos compreender também como alcançamos a autoestima, pois é através dessa avaliação pessoal que poderemos nos tornar seguros para a construção de uma própria ou autoimagem segura e consciente.

A-Z

Autoestima

Em psicologia, autoestima inclui a avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau. (Sedikides & Gregg, 2003).

Muito se fala sobre **autoestima**, mas poucas pessoas entendem o seu verdadeiro significado. Cuidar de sua autoestima vai muito além de cuidar do seu cabelo ou comprar aquela roupa nova. Ali-

ás, estas nem são condições necessárias para o cultivo da autoestima. Todos nós conhecemos, na teoria, a definição básica de autoestima: é a estima que tenho por mim mesmo, ou seja, o quanto me valorizo. O quanto me quero bem e me aceito.

Vamos melhorar esta definição dizendo que a autoestima é um ato de amor e de confiança consigo mesmo. Precisamos entender bem que são as duas coisas juntas: o “amor próprio” e a “autoconfiança”. Faltando um destes ingredientes, não teremos uma autoestima verdadeira.

Amar a si mesmo sem confiança nos seus atos ou pensamentos não resolve. Neste grupo temos as vítimas, aquelas pessoas que desejam algum “bem” para si, mas se lamentam por não terem condições de consegui-lo.

Confiança em seus projetos ou na sua capacidade de conquista sem o amor próprio também não traz felicidade. Neste último grupo, vemos a maioria das pessoas mergulhadas no estresse social, preocupadas em ter e poder, mas esquecendo de ser.

Infelizmente, trazemos uma tremenda dificuldade em cultivar estes dois ingredientes da autoestima (o amor próprio e a autoconfiança), por episódios que se manifestaram desde a nossa criação. Quantas vezes, por medo do egoísmo, deixamos de lado nossa própria vontade para fazer tudo o



Figura 3.3: Espelho quebrado

Fonte: © karam Miri / www.shutterstock.com

que o outro queria. Só que autoestima não tem nada a ver com o egoísmo. O egoísta é um ser vazio e solitário que precisa cada vez mais de coisas e pessoas que o preencham. Gente com boa autoestima, apenas reconhece que, como qualquer ser humano, tem o direito de valorizar e satisfazer suas vontades.

<http://www.psicologiapravoce.com.br/textopsi.asp?nr=630>

E para que todos esses desejos possam tornar-se realidade, nos “deixamos levar” muitas vezes por pensamentos, ações e impulsos nada favoráveis ao nosso benefício, pondo por água abaixo o critério de autoestima, substituindo-o por carências e prazeres desconjuntados e sem futuro feliz.

3.1.3 Construindo a autoestima

“Amor-próprio”, “faz bem ao ego”, “gostar primeiro de si para poder amar o outro”, etc., são termos citados pelas pessoas usualmente para designar a ideia da necessidade da autoestima.

Trata-se aqui de esclarecer o quanto é complexa essa rede de significações, o quanto sua origem é primitiva e o quanto está ligada a aspectos inconscientes relacionados a fases originárias do desenvolvimento.

Quando se fala em narcisismo, no senso comum, a palavra é associada automaticamente a uma ideia de vaidade excessiva, um amor exagerado a si mesmo. Entretanto, psicologicamente, o conceito de narcisismo se refere a uma etapa do desenvolvimento libidinal, onde a libido está voltada para o próprio ego em formação.

Explicando melhor, nesse começo o narcisismo marca estruturalmente o surgimento de um sujeito e não se trata de uma defesa, mas de uma etapa fundamental no desenvolvimento.

É o momento em que todo o afeto que puder ser recebido será interiorizado, com uma certa sensação de segurança interna. Isso não será “guardado” somente na formação do sujeito e sim durante toda a sua infância.

Na verdade, desde a concepção, ainda que não haja um corpo real, o narcisismo já existe - ou não – isso depende do desejo da mãe. Trata-se da primeira “aceitação”, da forma com que esse ser é recebido e em que estrutura de significações ele vai surgir.



O ser humano é o único ser vivo que nasce em total dependência para sobreviver. Precisa do outro que o cuide muito bem. Mas, o mais importante é a forma com que ele é cuidado e não apenas ser cuidado. Ao nascer, saímos de uma situação segura, de absoluto equilíbrio, para um ambiente desconhecido de sensações que pedem por satisfação.

A forma com que essa escolha acontece é o mais importante. Se esse ser que acabou de conhecer o mundo por total é respeitado em suas necessidades primordiais, este então pode, na medida em que rompe essa ligação simbiótica ou relacional de dependência, construir seguros recursos internos capazes de vir a suprir todas as necessidades e frustrações.

É importante ressaltar que essa disponibilidade é responsável, por fatores na mãe ou em quem exerça a função da “maternagem”, por aspectos inconscientes relacionados diretamente com suas próprias questões e sua história de vida. A forma com que será estabelecido esse vínculo é que irá determinar a forma com que esse sujeito se postará ao mundo.

As relações afetivas são marcadas por uma reprodução muito evidente das primeiras formas de relação. É possível imaginar o quanto essa falta primitiva é capaz de atravessar as relações de afeto no adulto, que muitas vezes



Figura 3.4: Quem sou eu

Fonte: © Yuri Arcus / www.shutterstock.com

se funde no outro ou arrasta o buraco de suas privações para todos do seu convívio, atualizando algo que foi construído em fase bastante anterior.

Temos, então, a ideia do sujeito como ser em construção permanente, mas inscrito num contexto de significações sociais e familiares onde as primeiras relações são de crucial importância. Porém, não se trata então de culpar e sim de responsabilizar aquele que cuida ou educa, uma vez que todos trazem as próprias marcas.

<http://www.psicologiaesaude.com.br/artigo6.htm>

Para ler e refletir...

Desenvolvendo sua auto-estima

O resgate da auto-estima acontece quando você resolve e compreende que só precisa ser quem você é para que essa percepção aflore. Você pode confrontar qualquer opinião e não ficar preso a um único ponto de vista. Mas descobre que, se no passado era importante ouvir e respeitar as ordens dos adultos, hoje você pode ser dono de seu próprio destino. Passa a respeitar mais as suas próprias ideias então se ouvindo mais. É por esta razão que pessoas que possuem uma boa autoestima nunca se sentem sozinhas, pois a solidão é a distância que se tem de si próprio.

Quando cultivamos a autoestima, nos tornamos pessoas mais conscientes, mais responsáveis por nossos atos. Percebemos que temos todo o direito de honrar nossas necessidades e vontades que consideramos importantes. Lembre-se, antes de tudo o importante é amar a nós mesmos!

www.maisde50.com.br



Auto-estima, Liberdade e Responsabilidade, de Nathaniel Braden, Ed. Saraiva, 1997.

Só teremos total poder sobre nossa vida, só conseguiremos conquistar nossa liberdade e consequentemente mudar a sociedade em que atuamos, quando nos tornarmos responsáveis por nós mesmos. Nesta obra, o Dr. Braden mostra como a autorresponsabilidade é uma fonte de alegria e de poder pessoal. É um ato de inteligência e integridade. Não abra mão de viver com paixão e responsabilidade.

Resumo

A aula de hoje nos faz refletir sobre:

- O papel da droga no contexto psiquiátrico
- Qual a função da autoimagem para o indivíduo
- Como a droga pode interferir na construção da autoestima

Atividades de aprendizagem

1. Qual é o aspecto positivo do uso de drogas no distúrbio psicológico?

2. Como definir autoimagem e autoestima na dependência química?



Aula 4 – O aspecto psicológico do álcool

A aula que verá agora falará sobre o aspecto psicológico da ingestão do álcool. Nesta aula, aluno, você conseguirá compreender com clareza os efeitos do álcool sob o ponto de vista mental.



Figura 4.1: bebida

Fonte: © Valentyn Volkov / www.shutterstock.com

4.1 Álcool

Álcool é uma droga aceita pela sociedade, pois é legalmente consumida em todo o mundo. É uma droga depressora do Sistema Nervoso Central (que, em doses excessivas, diminui a percepção dos sentidos e altera a coordenação motora, o juízo e a memória).

http://www.pesquisandoeconhecendo.blogspot.com/2009_10_01_archive.html

Embora seja uma droga, frequentemente o álcool não é considerado como tal, principalmente pela sua grande aceitação social e mesmo religioso. Podem-se observar nas obras gregas, mitos sobre a criação do vinho. Nos dias de hoje, é prática em muitas famílias a “iniciação” das crianças no consumo do álcool. A permissividade ao álcool leva à falsa crença de inocência do uso do álcool, mas o consumo excessivo tem se tornado um dos principais problemas das sociedades modernas.

No Brasil, há uma grande diversidade de bebidas alcoólicas, cada tipo com quantidade diferente de álcool em sua composição. Alguns exemplos:

Tabela 4.1: Bebidas

| Bebida | Porcentagem de Álcool |
|----------------------|-----------------------|
| Cerveja | 5% |
| Cerveja "light" | 3,5% |
| Vinho | 12% |
| Vinhos fortificados | 20% |
| Uísque, Vodka, Pinga | 40% |

Fonte: Departamento de Psicobiologia UNIFESP/EPM
<http://www.unifesp.br/dpsicobio/drogas/alcool.htm>

4.2 Dependência do álcool

A dependência ao álcool é um distúrbio crônico resultante de uma combinação de fatores: genético, psicossocial e ambiental. Caracteriza-se por aumento da tolerância aos efeitos do álcool, perda do controle da ingestão do álcool, persistência na ingestão de bebidas alcoólicas apesar dos prejuízos que isso vem trazendo. O alcoolismo afeta aproximadamente 10% da população geral.

A dependência ao álcool é tratada por médicos, psicólogos e por intervenções sociais com o objetivo de diminuir ou abolir o desejo pelo álcool e seus efeitos lesivos. O tratamento é constituído basicamente de duas fases: a primeira de desintoxicação e a segunda de reabilitação. A desintoxicação tem a finalidade de controlar os sintomas da abstinência; a reabilitação visa a evitar problemas futuros. Os programas de reabilitação social têm se mostrado eficazes na redução do consumo de álcool. Contudo depois de um ano, 40 a 70% dos pacientes apresentam recaídas. Até este ponto o tratamento do alcoolismo tem sido considerado incompleto, sendo necessárias novas alternativas terapêuticas.

New Engl J Med - 13 maio 1999, p 1482-90
Tratamento Farmacológico Para Dependência Alcoólica
<http://www.psicosite.com.br/tex/drg/alc010.htm>

Embora todas as causas do alcoolismo ainda não tenham sido descobertas, acredita-se que um dos fatores seja a hereditariedade; ou seja, os filhos de pais alcoólatras têm maior predisposição a desenvolver a doença.

Evidentemente, é preciso prestar atenção às causas da dependência física ao álcool, mas também é importante levar em conta as necessidades psicológicas que levam a pessoa a refugiar-se na inconsciência de seus efeitos. Na

maior parte dos casos, a doença é contraída durante a adolescência, fase em que se busca aprovação e maior segurança, como uma forma de defesa para sentir-se aceito pelo seu grupo social. Em sua maioria, embora nem todos levem o vício ao extremo na juventude, os alcoólatras começam a beber para se sentirem mais seguros ou engraçados entre os amigos.

Em nossa cultura, tomar uma dose é uma prática associada a alguma comemoração, a momentos bons ou divertidos. Com o tempo, tudo passa a ser motivo para beber, bons ou maus momentos, festas de reencontro ou de despedidas. O alcoolista julga usar o álcool para resolver seus problemas sem se dar conta de que multiplica seus desconfortos físicos e emocionais e passa a depender do álcool para tudo, até para esquecer que é dependente. De um aliado nas situações de crise, transforma-se em vilão do dependente e a pessoa que no início achava que se tornava forte, descobre-se absolutamente fragilizada e merecedora do desrespeito alheio. Por isso, em certo estágio avançado, o álcool passa a ser considerado como uma forma de autopunição e autodestruição.

<http://www.bancodesaude.com.br/alcoolismo/causas-alcoolismo>

A dependência do álcool como se caracteriza por:

- Uma compulsão pelo álcool.
- Uma dependência física do álcool.
- Uma necessidade continuada do álcool apesar dos problemas psicológicos, interpessoais e físicos relacionados ao álcool.



Não há nenhum número absoluto de bebidas por dia que indique que uma pessoa tem alcoolismo, embora os alcoolistas desenvolvam tolerância eventual a necessidade gradual de grandes quantidades de álcool para sentir os mesmos efeitos. Não há também nenhum padrão que diga a frequência que alguém tenha que beber para ser considerado um alcoolista. O que realmente define a doença do alcoolismo é a dependência.

O alcoolismo liga-se quase que sempre a uma longa lista de problemas psicológicos, interpessoais, sociais, econômicos e médicos. O alcoolismo pode aumentar o risco de depressão e suicídio e pode ter um papel em crimes violentos, inclusive homicídios e crimes de violência doméstica, principalmente no abuso de um cônjuge ou criança.

Embora haja forte evidência que pelo menos parte do risco de uma pessoa desenvolver o alcoolismo seja herdada, ter uma história familiar de alcoolismo não garante que alguém se torne um alcoólatra. Outros fatores de estilo de vida como amigos alcoólicos, disponibilidade fácil de álcool, problemas pessoais e psicológicos severos que contribuem para serem até



Figura 4.2: alcoolismo

Fonte: © william casey / www.shutterstock

mesmo os mais importantes que a hereditariedade na determinação de algumas pessoas desenvolverem o alcoolismo. Para aqueles que têm frequentemente uma história de alcoolismo na família, uma família segura, estruturada e amizades saudáveis podem prevenir a doença de se manifestar.

4.3 Sintomas comportamentais

Ter longos episódios de intoxicação

- Beber sozinho.
- Ter problemas no trabalho ou financeiros causados pelo uso do álcool.
- Perder o interesse pela comida.
- Tornar-se descuidado sobre sua aparência pessoal.
- Ter lapsos de memória.
- Dirigir bêbado.
- Ferir a si mesmo ou outra pessoa enquanto você está alcoolizado.
- Esconder garrafas de bebidas de forma que outras pessoas não saibam que você tem bebido.
- Experimentar mudanças súbitas de humor ou de personalidade.

Aula 5 – Alcoolismo: doença ou modismo?

Caro aluno, nesta aula cinco você verá como o alcoolismo se desenvolve e o que ele gera para a pessoa que o consome na forma exagerada, prejudicando a si mesmo e aos outros ao seu redor. Conseguirá diferenciar o alcoolismo como doença e o ato de beber como maneira de modismo.



Figura 5.1: Álcool = problema

Fonte: © Normad_Soul / www.shutterstock.com

5.1 A psicologia do bebedor

Vários fatores fazem que um bebedor social ou um alcoólatra beba em determinada ocasião e influem na quantidade de bebida ingerida. Entre eles está o nível de tensão ou ameaça sofrida pela pessoa que bebe, as consequências esperadas do ato de beber, o contexto social e a dedicação da pessoa a dado nível de consumo de álcool.

O ato de beber, como na maioria dos outros comportamentos, é poderosamente influenciado pela modelação – isto é, pelo comportamento de outras pessoas.

Algumas pessoas bebem para se excitar, outras para reduzir ansiedade. Buscar a personalidade alcoólatra é como procurar a causa da doença cardíaca ou a causa do enguiço no automóvel. Não obstante, há indícios de que muita gente que tem problemas com a bebida usa a bebida para reduzir a tensão.



Tóxicos e outros vícios – problemas e soluções
(Jerome Jaffe, Robert Peterson, Ray Hodgson) São Paulo 1980 Ed Harpe

Dentre os problemas que desconcertam a sociedade moderna, o do aumento do uso de drogas é dos mais sérios. A pressão para a liberalização das leis que controlam as drogas defrontou-se com uma reação quase de pânico à difusão da maconha, dos opiáceos e dos psicodélicos ou alucinógenos. Justificamente ou não, isso chamou atenção para o aumento não menos rápido, excessivo e contínuo do fumo. Este livro, escrito por três grandes autoridades da Europa e dos Estados Unidos, põe essas questões em perspectiva, descrevendo várias substâncias usadas como drogas.

Uma questão que há muito tempo vem despertando o interesse mundial é a tentativa de identificação de traços de personalidade associados com uma predisposição ao alcoolismo e uso abusivo de drogas. Embora especialistas afirmem não existir um tipo de personalidade tipicamente alcoolista, estudos longitudinais mostram que a hiperatividade e o comportamento antissocial são frequentemente associados com o desenvolvimento tardio de alcoolismo.

A hiperatividade é uma atitude típica dos indivíduos portadores do distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade, transtorno antes conhecido como síndrome hipercinética. Crianças portadoras do distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade são candidatas naturais a desenvolver dependência de substâncias psicoativas na adolescência e idade adulta.

5.2 A doença do álcool



Figura 5.2: bêbado

Fonte: © Stéphane Bidouze / www.shutterstock.com

O alcoolismo pode ser uma doença crônica ou apenas uma intoxicação aguda. O diagnóstico de alcoolismo crônico é algo complexo, que necessita da reunião de alguns fatores. Primeiramente o médico deve fazer uma anamnese, que é uma lista de perguntas para o paciente e para sua família, com a finalidade de descobrir se ele tem o perfil de um alcoólatra. Nesse momento, também é necessária uma análise psicológica; o médico precisa ser sensível para perceber se o paciente está mentindo ou omitindo algo que o definiria como alcoólatra. Ao mesmo tempo em que faz a anamnese, o médico precisa realizar um exame físico, analisando se o paciente possui tremores nas extremidades digitais e na língua, por exemplo. Se o paciente é realmente um alcoólatra, ele pode apresentar sintomas de abstinência, indicando a dependência.

Se os números continuam a ser ignorados, ou pelo menos, subvalorizados, muito se deve ao fato de alguns doentes poderem ser chamados de alcoólicos funcionais – trata-se de pessoas que, apesar de não controlarem o consumo de álcool, mantêm uma vida aparentemente normal, conservando os empregos e outros compromissos. É por isso também que o problema pode receber outros rótulos. O alcoólico funcional raramente admite que tenha um problema com a bebida – para ele, alcoólicos são os bêbedos de rua, aqueles que já não têm lar nem trabalho. E mesmo os familiares mais próximos podem sentir alguma dificuldade em encarar o problema.

O comportamento de repetição em beber cada vez mais, obedece a 2 mecanismos básicos não patológicos: *o reforço positivo e o reforço negativo*.

O **reforço positivo** refere-se ao comportamento de busca do prazer: quando algo é agradável a pessoa busca os mesmos estímulos para obter a mesma satisfação.

O **reforço negativo** refere-se ao comportamento de evitar a reação de dor ou desprazer. Quando algo é desagradável a pessoa procura os mesmos meios para evitar a dor ou desprazer, causados numa dada circunstância.

A fixação de uma pessoa no comportamento de busca do álcool obedece a esses dois mecanismos acima apresentados. No começo a busca é pelo prazer que a bebida proporciona. Depois de um período, quando a pessoa não alcança mais o prazer anteriormente obtido, não consegue mais parar porque sempre que isso é tentado surgem os sintomas desagradáveis da abstinência e, para evitá-los, a pessoa mantém o uso do álcool.

<http://www.psicosite.com.br/tra/drg/alcoolismo.htm>

5.3 Álcool e a família

As famílias muitas vezes não estão sensíveis para este problema (do alcoolismo) desculpando e desvalorizando os consumos dos filhos e sem querer estão a incentivar e a perpetuar um padrão de consumo de risco com danos claros para o sistema familiar.



Para obter maiores informações sobre os efeitos do álcool no corpo e na vida das pessoas, acesse os *links* abaixo:

<http://www.al-anon.org.br/>

<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>

<http://www.aabr-online.com.br/>

Para ler e refletir...

Um doente alcoólico é uma pessoa que sofre e que faz sofrer todos aqueles que são próximos afetivamente, é considerada uma doença do “sistema familiar”, pois todos são afetados, sendo que o seu tratamento também apela a uma abordagem de todo o sistema.

Áreas abaladas na família pelo consumo de álcool;

- Econômico-social
 - Carências econômico-sociais originadas pela desmotivação profissional e desemprego.
- Relacional / Perturbações relacionais e deterioração progressiva da vida familiar, sendo frequente em situações de:
 - Maus tratos físicos e psicológicos aos diferentes elementos do agregado; Violações e situações de incesto;
 - Negligência nos cuidados aos filhos e nas responsabilidades parentais; Rupturas do sistema familiar (separação, divórcio).
- Moralidade
 - O lar do doente alcoólico é simultaneamente um lar patogênico e patológico, com graves repercussões sobre os restantes elementos, nomeadamente sobre os filhos.

A instabilidade, a insegurança, o ambiente tenso e conflituoso, são características frequentes no ambiente familiar do doente alcoólico e que têm repercussões negativas ao desenvolvimento das crianças que nele vivem e no desenvolvimento de patologias depressivas nos adultos. Quando é o pai o doente está comprometida, em termos psicológicos, a identificação com essa figura de referência. Quando é a mãe a doente, são frequentes situações de carência de afeto e de cuidados, negligência e abandono.

5.4 Padrões de funcionamento em famílias alcoolistas

- **Falta de confiança**
 - A família deixa de confiar no doente alcoólico que promete sempre que foi a última vez que bebeu em excesso. Os conflitos são frequentes independentemente de o doente estar intoxicado.

- **Irresponsabilidade**
 - Os doentes alcoólicos são frequentemente negligentes em relação às responsabilidades familiares e sentimentos para com a família, passam muito tempo fora da família, não acompanham a educação dos filhos e gastam recursos econômicos que fazem falta em outras áreas. Dependendo da fase de progressão da doença, chega a um momento em que o doente bebe para viver e vive para beber, tudo é pensado em função do álcool, que se assume como a prioridade da sua vida.
- **Medo**
 - A família vive o dia a dia em stress e do medo permanente que o doente se embriague e a consequência disso nas suas vidas seja de ele chegar irritado, violento ou ter um acidente.
- **Culpa**
 - A família tende a se culpar secretamente pela situação de alcoolismo que assombra a sua família. Os filhos acham-se “maus filhos”, sendo por essa razão que o pai ou a mãe bebem.
- **Solidão e isolamento**
 - A lei do silêncio impera entre os vários elementos do sistema familiar; o álcool assume-se como o “segredo” da família e a comunicação entre os elementos fica perturbada, levando à solidão dos seus membros e ao isolamento social.
- **Vergonha**
 - O sentimento de vergonha leva a família a evitar contextos sociais, com receio do comportamento vergonhoso que o familiar alcoólico poderá vir a cometer. Esta vergonha é a razão que impede muitas famílias de pedirem ajuda e assim contribui para o seu isolamento.
- **Mágoa**
 - Sentimentos que se instalam com o tempo de progresso da doença e que vão desgastando os elementos do sistema que se vêem impotentes perante o problema do familiar. A negação típica do doente alcoólico e a sua dificuldade em pedir ajuda desgastam a família ao ponto de muitas vezes levar à ruptura.

http://alcoologia.net/joomla/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=83



Alguns comportamentos que denunciam um alcoolista

- Sair com frequência do ambiente;
- Atitudes impulsivas;
- Desmotivação;
- Troca de amigos;
- Rejeição dos antigos amigos;
- Mudança na roupa, extravagante, manga comprida;
- Desleixo com aparência.

Quanto aos sintomas psicológicos, caracterizam-se três elementos principais: a alteração do comportamento face ao álcool, a perda de controle e o desejo intenso de consumi-lo.

Resumo

Nesta aula sobre o alcoolismo pudemos compreender várias características. Os pontos mais evidenciados foram:

- O alcoolismo como doença.
- A contribuição da família para o desencadear do alcoolismo.
- Padrão comportamental das famílias alcoolistas.



Acesso o *link* e assista um trecho do seriado "The O.C", da Warner Bros.
<http://www.youtube.com/watch?v=MfeBD-3AfSc>



Atividades de aprendizagem

1. Como o álcool afeta a estrutura familiar?

2. Cite 3 principais comportamentos que evidenciam um alcoolista?

Aula 6 – Características ocultas do cigarro

Na aula de hoje será enfatizado o consumo do cigarro, esclarecendo também suas consequências ruins causadas no organismo e como o cigarro gera a dependência para a pessoa que o consome com frequência.



Figura 6.1: Cigarros

Fonte: © Oleksandr / www.shutterstock.com

6.1 Dependência do cigarro

Fala-se muito da dependência física causada pela nicotina, substância psicoativa, estimulante do Sistema Nervoso Central. A dependência psicológica é menos citada, porém atua com bastante força e de forma bem complexa. Requer um olhar atento para que se possa entendê-la.

A grande maioria dos fumantes experimenta o cigarro na adolescência. Apesar do fumante, na maioria das vezes, sentir-se mal na primeira tentativa, ele insiste em “aprender” a fumar, por achar que valerá a pena, isto é, haverá um ganho com esse comportamento. Através dele, poderá integrar-se ao grupo de amigos, parecer mais velho, ter status frente aos pares. Muitos fumantes afirmam que insistiram por achar que fumar era “bonito”.

Essa expectativa muito positiva quanto ao cigarro, (criada principalmente pela propaganda, cinema e mídia durante anos) é aceita sem questionamentos. O cigarro parece ser vivido, não conscientemente, como um grande ajudante para lidar com os sentimentos desagradáveis próprios da adolescência, dando sensação de bem-estar. Graças a suas propriedades psicoativas, o cigarro é capaz de provocar sensação prazerosa, estimulante e ansiolítica e, desta forma, aplacar o mal-estar característico deste período, sem dar chance ao indivíduo de enfrentar essas situações com seus próprios recursos, aprender e se desenvolver com elas. No fumante que inicia mais tarde, o processo basicamente é o mesmo. Em qualquer período da vida podemos passar por situações difíceis de lidar.

Para ler e refletir...

INCA Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde – Manual Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro, 1997.

O cigarro passa a fazer parte da vida do fumante e torna-se um meio de enfrentá-la. Podemos dizer que, no fumante adolescente, sua personalidade estrutura-se com o auxílio do cigarro. Ele entende que só pode enfrentar a vida com o cigarro ao seu lado, não acreditando que seja capaz sem ele. De fato, o cigarro foi útil num momento de fragilidade, porém com o tempo estabeleceu-se a dependência física e psicológica. O fumante fica preso à armadilha. Ele sofre sem o cigarro, não se conhece mais sem ele, não sabe mais distinguir que características são suas e quais as provocadas pelo uso do cigarro.

É muito comum o fumante referir-se ao cigarro usando os termos “amigo”, “companheiro”, “parceiro”... , mostrando que o cigarro participa de sua vida como muito presente e atuante. Muitos fumantes quando pensam em parar de fumar sentem-se muito tristes por ter que dizer adeus ao cigarro. O cigarro acaba sendo investido de atributos humanos para aplacar sua solidão, seus sentimentos, suas dificuldades. Muitas de suas capacidades estão depositadas no cigarro, achando que só poderá realizar tal atividade devido a ele. Desta forma o fumante acredita que só pode escrever se fumar, criar se fumar tiver uma atividade mental se fumar, relacionar-se com os outros se fumar.

O termo “fissura” é usado para descrever o mal-estar e a vontade intensa de fumar. Passadas as primeiras semanas, a “fissura” é atribuída à dependência psicológica. (INCA, 1997). Trata-se da lembrança da sensação de prazer provocada pelo cigarro e das associações feitas nos momentos de dificuldades. Por exemplo, após uma situação de nervosismo ou dificuldade, o “quase ex-fumante” pensa em acender um cigarro para se acalmar, relaxar. O fumante sabe que se acender um cigarro irá sentir um efeito positivo e esse fato o faz procurar o cigarro novamente. A muleta que o cigarro representa para enfrentar situações difíceis é lembrada sempre que o fumante se depara com elas.

A dependência psicológica precisa ser tratada tanto quanto a dependência física. Faz-se necessário um acompanhamento psicoterápico em grupo ou individual para ajudar o fumante a tomar consciência da situação, perceber o que o cigarro representa na sua vida e que lugar ocupa, no intuito de ajudá-lo a perceber que o cigarro é somente um cigarro e que provavelmente é atribuído a ele muitos aspectos seus.

CHARRAN, Ivone Maria. Monografia “O fumante e o cigarro: significado simbólico desta relação” conclusão de curso de Especialização em Abordagem Junguiana. Cogea – PUCSP - 2007.
<http://saude.hsw.uol.com.br/dependencia-psicologica-cigarro.htm>

O cigarro também é uma droga social!



Motivações que levam uma pessoa a fumar:

As motivações são inúmeras e das mais variáveis. Elas variam em função da idade, do ambiente familiar, do nível sócio econômico, das origens étnicas e raciais, entre outros fatores. Mas podem ser agrupadas de duas maneiras principais:

1. Na juventude, tanto pelo modelo familiar, como pela identificação com um grupo, ou com pessoas que se destacam socialmente ou no meio artístico, ou simplesmente induzido pelos modismos e pelas elaboradas armadilhas das propagandas divulgadas pela mídia.



Figura 6.2: Cigarro: droga social

Fonte: © Pablo H Caridad / www.shutterstock.com

2. Mais tarde, ou em idade mais avançada, por acreditar que o ato de fumar pode preencher, sem riscos, espaços abertos pelos desequilíbrios e situações emocionais graves ou intensas, repentinas, imprevistas, paliativas para substituir algo ou alguém, busca de uma nova sensação de prazer etc.

6.2 Função psicológica do cigarro

O fumante “enxerga” no cigarro um ponto de apoio psicológico ou emocional, além de uma fonte de prazer que, apesar de danosa à sua saúde, é incorporada aos seus hábitos. Muitas pessoas sentem que o cigarro as relaxa; então, elas fumam sempre que estão tensas. Se fumar ajuda você a relaxar é porque o cigarro lhe é familiar - ele é familiar da mesma forma que um amigo próximo - e, assim, é uma fonte de alívio. Alguns fumantes ficam tensos só em pensar em parar de fumar, uma vez que não se imaginam vivendo sem o fumo.

As propagandas das indústrias do tabaco associam o fumo a situações contrárias ao seu real efeito, tais como bom desempenho sexual e esportivo, beleza, inteligência, poder de decisão e sucesso profissional, levando ao condicionamento mental dessa droga.

O fumante incorpora o cigarro à suas rotinas de tal forma, que algumas situações são obrigatoriamente acompanhadas por ele. As mais citadas pelos fumantes são:

- Atender ao telefone;
- Após refeições;
- Após relações sexuais;
- Após bebidas estimulantes como café ou álcool;
- Quando param o carro em congestionamentos; e
- Situações de tensão ou de expectativa.

<http://www.aeromed.com.br/deppis.htm>

O condicionamento psicológico se baseia na criação de hábitos e rituais, no condicionamento mental e na sensação estimulante produzida pelo fumo. Desta forma, o cigarro parece entender o prazer, só que de maneira errônea.

Tabela 6.3: Pesquisa doméstica sobre o Uso de Drogas, 2001.

| Substâncias | Acessibilidade | Poder do Vício** | Letalidade | Precocidade*** |
|------------------|----------------|------------------|------------|----------------|
| Nicotina | grande | 80 | alta | 15,5 |
| Heroína | pequena | 35 | média | 19,5 |
| Cocaína | média | 22 | alta | 21,9 |
| Sedativos* | média | 13 | média | 19,5 |
| Estimulantes* | média | 12 | alta | 19,3 |
| Maconha | média | 11 | baixa | 18,4 |
| Alucinógenos | grande | 9 | baixa | 18,6 |
| Analgésicos* | média | 7 | média | 21,6 |
| Álcool | grande | 6 | média | 17,4 |
| Tranquilizantes* | média | 5 | média | 21,2 |
| Inalantes | grande | 3 | média | 17,3 |

* Uso não médico de substâncias psicoativas

** % de usuários que se tornam dependentes

*** Idade do primeiro uso, em anos

Fonte: Acervo do autor.

Resumo

Na aula sobre o cigarro pudemos avaliar as verdades escondidas do seu malefício da seguinte forma:

- A dependência do cigarro no convívio social.
- Qual a função social do cigarro para o indivíduo.
- E como o cigarro se manifesta nas atividades do dia a dia.

Atividades de aprendizagem

- Classifique em 4 opções quais são os meios mais comuns do indivíduo se interessar pelo uso do cigarro.



Aula 7 – Emagrecedores e seus efeitos mentais

Na aula de hoje você aluno verá porque os emagrecedores são considerados drogas ilícitas também. Saberá quais são os tipos e suas características e como elas reagem no organismo frente ao uso indevido.

7.1 Emagrecedores

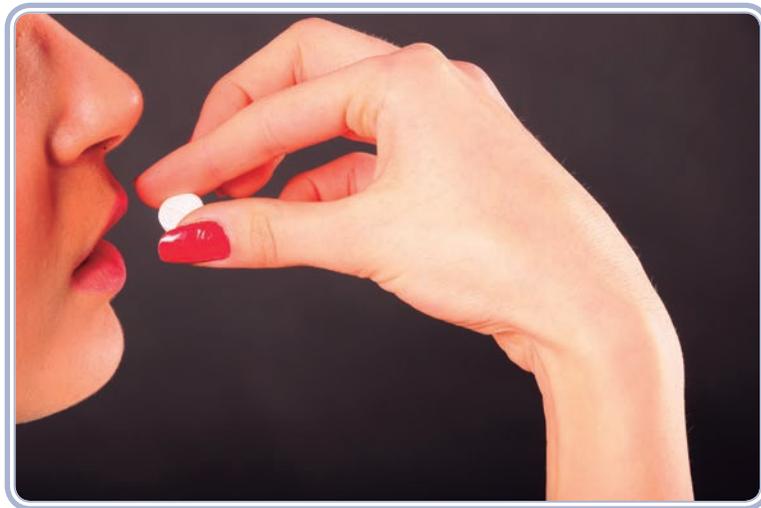


Figura 7.1: Emagrecedores

Fonte: © berna namoglu / www.shutterstock.com

Perder aqueles quilos indesejados é um dos grandes desejos da maioria das mulheres e de alguns homens hoje em dia. E o remédio para emagrecer se torna uma fácil tentação para eles resolverem esse problema. Mas será que vale a pena? Veja os prós e contras e todos os detalhes dessa “mágica”.

7.1.1 Você realmente precisa?

Noradrenalina, esse é o nome da “mágica”. Um hormônio que age no centro da fome, lá no cérebro, controlando o apetite. E as anfetaminas cuidam dessa tarefa, aumentando a quantidade desse hormônio no seu corpo. O problema é que junto com um apetite em estar e ser magro vem uma lista extensa de reações desagradáveis como boca seca, alterações de humor, dor de cabeça, insônia, taquicardia, euforia, falta de ar, hipertensão, irritação, dependência (quanto mais você toma, mais precisa), prisão de ventre, depressão, crises de ansiedade e pânico.

http://julianabgomes.blogspot.com/2010_08_01_archive.html

Os Transtornos Alimentares são definidos como desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Os principais tipos de Transtornos Alimentares são a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Essas duas patologias são intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas em comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso, uma representação alterada da forma corporal e um medo patológico de engordar. Em ambos os quadros os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmo indevidamente baseado na forma física, as quais frequentemente percebem de forma distorcida.

O impacto que os Transtornos Alimentares exercem sobre as mulheres é mais prevalente, ainda que a incidência masculina esteja aumentando assustadoramente.

<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=82>

Os Transtornos Alimentares são todos aqueles que se caracterizam por apresentar alterações graves na conduta alimentar e os mais frequentes são Anorexia e Bulimia nervosas.

<http://www.psicologiapravoce.com.br/textopsi.asp?nr=752>



Os indivíduos que sofrem de distúrbios alimentares têm mais probabilidade de consumir drogas, álcool ou tabaco do que a população em geral.

Muitos especialistas acreditam na hipótese de que quem sofre de anorexia e bulimia partilha determinadas características com os consumidores de drogas, como seja depressão e baixa autoestima.

7.2 Efeitos colaterais psicológicos das anfetaminas

Os efeitos psicológicos das anfetaminas incluem: ansiedade, nervosismo, euforia, percepção de energia elevada, comportamento repetitivo, excitabilidade, sensação de poder ou superioridade. Ocasionalmente há psicose por anfetaminas, geralmente com doses altas ou uso crônico.

<http://www.copacabanarunners.net/anfetaminas.html>



Acesse o *link* abaixo e assista um documentário sobre anorexia, é uma animação que retrata alguns detalhes de pessoas que sofrem deste mal.
<http://www.traileraddict.com/clip/anorexia-2009/short-film>

A anorexia nervosa é uma disfunção alimentar, caracterizada por uma rígida e insuficiente dieta alimentar (caracterizando em baixo peso corporal)

e estresse físico. A anorexia nervosa é uma doença complexa, envolvendo componentes psicológicos, fisiológicos e sociais. Uma pessoa com anorexia nervosa é chamada de anoréxica. Uma pessoa anoréxica pode ser também bulímica. A anorexia nervosa afeta primariamente adolescentes do sexo feminino e jovens mulheres do Hemisfério Ocidental, mas também afeta alguns rapazes. No caso dos jovens adolescentes de ambos os sexos, poderá estar ligada a problemas de autoimagem, dismorfia, dificuldade em ser aceito pelo grupo, ou em lidar com a sexualidade genital emergente, especialmente se houver um quadro neurótico (particularmente do tipo obsessivo-compulsivo) ou história de abuso sexual ou de bullying. A taxa de mortalidade da anorexia nervosa é de aproximadamente 10%, uma das maiores entre qualquer transtorno psicológico.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa

O paciente anorético só se destaca pelo seu baixo peso. Isto significa que no seu próprio ambiente as pessoas não notam que um determinado colega está doente, pelo seu comportamento. Mas se forem juntos ao restaurante ficará evidente que algo está errado. O paciente com anorexia não considera seu comportamento errado, até recusa-se a ir ao especialista ou tomar medicações. Como não se considera doente é capaz de falar desembaraçadamente e convictamente para os amigos, colegas e familiares que deve perder peso apesar de sua magreza. No começo as pessoas podem até achar que é uma brincadeira, mas a contínua perda de peso apesar da insistência dos outros em convencer o paciente do contrário, faz soar o alarme. Aí os parentes se assustam e recorrem ao profissional da saúde mental.

Os pacientes com anorexia podem desenvolver um paladar estranho ou estabelecer rituais para a alimentação. Algumas vezes podem ser flagrados comendo escondidos. Isto não invalida necessariamente o diagnóstico embora seja uma atitude suspeita.

Depois de recuperado o próprio paciente, já com seu peso restabelecido e com a recordação de tudo que se passou não sabe explicar porque insistia em perder peso. Na maioria das vezes prefere não tocar no assunto, mas o fato é que nem ele mesmo concorda com a conduta insistente de emagrecer. Essa constatação, no entanto não garante que o episódio não volte a acontecer. Depois de recuperados esses pacientes retornam a sua rotina podendo inclusive ficar acima do peso.

A idade média em que surge o problema são 17 anos. Encontramos muitos primeiros episódios entre os 14 e os 18 anos. Dificilmente começa depois dos 40 anos. Muitas vezes eventos negativos da vida da pessoa desencadeiam a anorexia, como perda de emprego, mudança de cidade, etc. Não podemos afirmar que os eventos negativos causem a doença, no máximo só podemos dizer que o precipitam. Muitos pacientes têm apenas um único episódio de anorexia na vida, outros apresentam mais do que isso.

As mulheres são largamente mais acometidas pela anorexia, entre 90 e 95% dos casos são mulheres.

A anorexia é especialmente mais grave na fase de crescimento porque pode comprometer o ganho esperado para a pessoa, resultando numa estatura menor do que a que seria alcançada caso não houvesse anorexia. Na fase de crescimento há uma necessidade maior de ganho calórico: se isso não é obtido, a pessoa cresce menos do que cresceria com a alimentação normal. Sendo muito prolongado impedirá o alcance da altura geneticamente determinada. Na população geral a anorexia atinge aproximadamente 0,5%, mas suspeita-se que nos últimos anos o número de casos de anorexia venha aumentando. Até bem pouco tempo acreditava-se que a anorexia acontecia mais nas sociedades industrializadas. Os primeiros estudos nesse sentido começaram a ser feitos recentemente e constatou-se que a anorexia está presente também nas populações desfavorecidas e isoladas das propagandas do corpo magro.

<http://www.psicosite.com.br/tra/ali/anorexia.htm>

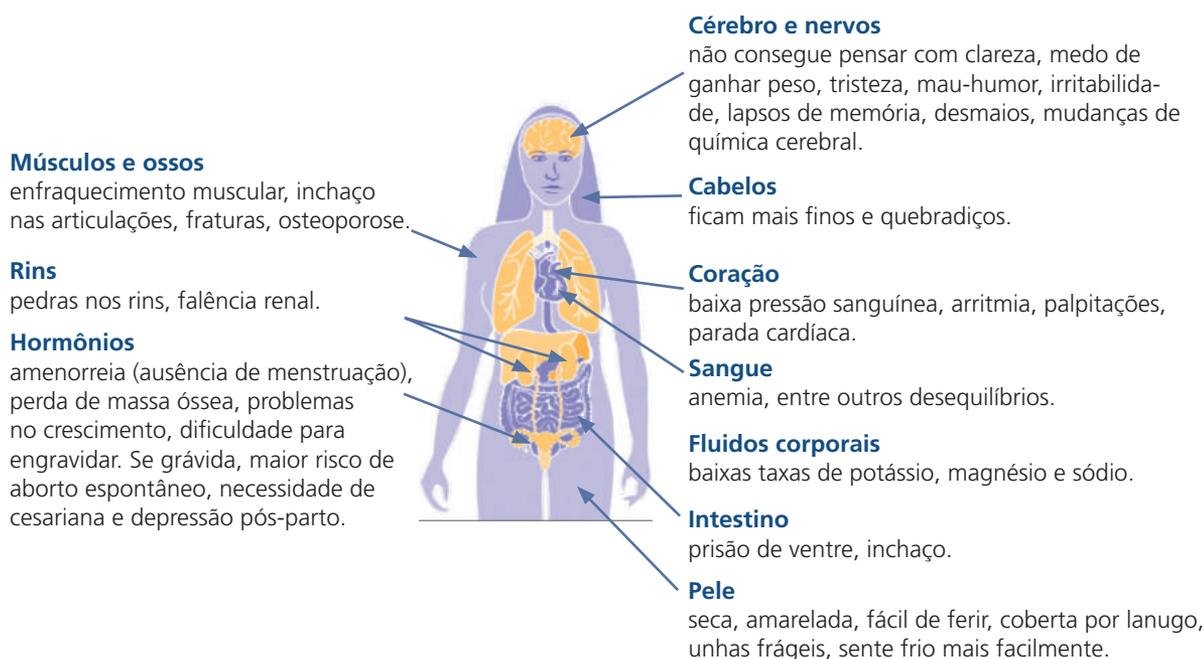


Figura 7.2: sintomas anorexia

Fonte: Acervo do autor.

Aula 8 – Ansiolíticos

Caro aluno, a aula sobre os ansiolíticos será importante para o processo de compreensão dos tipos das drogas. Os ansiolíticos estão agrupados em diferentes características e consequências. Muitas pessoas utilizam para problemas desnecessários e assim se tornam dependentes.

Atualmente, estes tipos de medicamentos são denominados de ansiolíticos, ou seja, que “destroem” a ansiedade.

Quando falamos de ansiolíticos estamos falando, praticamente, dos Benzodiazepínicos. De longe, os Benzodiazepínicos são as drogas mais usadas em todo o mundo e, talvez por isso, consideradas um problema da saúde pública nos países mais desenvolvidos.

Os benzodiazepínicos são capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de tensão e ansiedade. Ultimamente as pesquisas têm indicado a existência de receptores específicos para os Benzodiazepínicos no Sistema Nervoso Central (SNC), sugerindo a existência de substâncias endógenas (produzidas pelo próprio organismo) muito parecidas com os benzodiazepínicos.

Tais substâncias seriam uma espécie de “benzodiazepínicos naturais”, ou mais precisamente, de “ansiolíticos naturais”.

Como consequência desta ação, os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por:

- diminuição de ansiedade;
- indução de sono;
- relaxamento muscular;
- redução do estado de alerta.



Figura 8.1: ansiedade

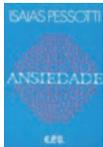
Fonte: © / www.shutterstock.com



É importante notar que os efeitos dos benzodiazepínicos podem ser fortemente aumentados pelo álcool e a mistura álcool + benzodiazepínico pode ser prejudicial. Os Benzodiazepínicos são utilizados nas mais variadas formas de ansiedade e, infelizmente, sua indicação não tem obedecido, desejavelmente, determinadas regras básicas. Os Benzodiazepínicos são ansiolíticos e nada mais que isso, não são antineuróticos, antipsicóticos ou antiinsônia, como podem estar pensando muitos clínicos e pacientes.



A melhor indicação para os Benzodiazepínicos é para os casos onde a ansiedade NÃO faça parte da personalidade do paciente, ou seja, para os casos onde a ansiedade tiver um início bem delimitado no tempo e uma causa bem definida.



**Isaias Pessotti, Ed.
EPU, 1978.**

Ter ansiedade ou sofrer desse mal faz com que a pessoa perca uma boa parte da sua autoestima, ou seja, ela deixa de fazer certas coisas porque se julga ser incapaz de realizá-las. No entanto, o termo ansiedade está de certa forma, interligado com a palavra medo, sendo assim a pessoa passa a ter o medo de errar quando da realização de diferentes tarefas, sem mesmo chegar a tentar. Esses dois aspectos, tanto a ansiedade quanto o medo, não surgem na vida da pessoa por uma escolha; acredita-se que de certa forma, alguma palavra dita no seu passado por alguém, uma ofensa, um comentário, uma atitude negativa em relação à pessoa que sofre desse mal, pode ser a causa principal do surgimento desses sintomas. É necessário então que a pessoa encontre um meio de superação e continue vivendo, tendo a certeza, que as coisas ruins vividas no passado servirão apenas de crescimento e amadurecimento futuro. A atividade física está associada à redução de estados de ansiedade.

8.1 Efeitos colaterais

O principal efeito colateral dos ansiolíticos benzodiazepínicos é a sedação e sonolência, variável de indivíduo para indivíduo e de acordo com a dose do medicamento. Um aumento da pressão intraocular teoricamente pode ocorrer, mas, na clínica, trata-se de raríssima observação. Os efeitos teratogênicos (malformações fetais) são ainda objeto de estudo, porém, tendo em vista sua utilização clínica durante décadas, permite-se uma indicação mais flexível do “diazepam” durante a gravidez. Na prática clínica tem demonstrado que a dependência aos Benzodiazepínicos pode acontecer, mas não invariavelmente. A tendência do paciente em aumentar a dose dos Benzodiazepínicos para obter o mesmo efeito, ou seja, a tolerância parece ser rara. Em relação a isso notamos, no mais das vezes, uma má utilização da droga. Isto é, em não sendo tratada a causa básica da ansiedade e esta se tornando mais intensa, haverá maior necessidade da droga.

Essa maior necessidade da droga decorrente do aumento da ansiedade e não deve, de forma alguma, ser confundida com o fenômeno da tolerância. Aos sintomas de abstinência aos Benzodiazepínicos, embora possa ser possível com alguns deles, o que observamos com mais frequência é o retorno dos sintomas psíquicos que promoveram sua indicação por ocasião de sua retirada.

Antes de confirmar o diagnóstico de síndrome de abstinência convém observar, como alertamos, se tais sintomas não são os mesmos que anteriormente levaram o paciente a iniciar o tratamento.

Os casos de dependência aos Benzodiazepínicos relatados na literatura ou constatados na clínica se prendem, na grande maioria das vezes, ao uso

muito prolongado e com doses acima das habituais. Há uma tendência atual em se considerar o fenômeno da dependência ao Benzodiazepínico, até certo ponto, mais dependente de traços da personalidade do que de alguma característica da droga.



Figura 8.2: relógio

Fonte: © tiptoe / www.shutterstock.com

<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=212>

Antes de considerarmos a dependência, pura e simplesmente, devemos ter em mente que se o Benzodiazepínico não foi bem indicado e estiver sendo usado como paliativo de uma situação emocional não resolvida, como atenuante de uma situação vivencial problemática, como corretivo de uma maneira ansiosa de viver, enfim, como um “tapa-buracos” para alguma circunstância existencial anômala, então a sua supressão colocará à tona a penúria situacional em que se encontra a pessoa, dando assim a falsa impressão de dependência ou até de síndrome de abstinência.

“Ansiedade é quando sempre faltam muitos minutos para o que quer que seja.”

Mário Quintana

8.2 Efeitos físicos e psíquicos

- Estimulam os mecanismos do cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade, inibindo os mecanismos que estavam hiperfuncionantes, ficando a pessoa mais tranquila, como que desligada do meio ambiente e dos estímulos externos.
- Produzem uma atividade do cérebro que se caracteriza por diminuição da ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular, redução do estado de alerta.
- Dificultam os processos de aprendizagem e memória.
- Prejudicam, em parte, as funções psicomotoras afetando atividades como, por exemplo, dirigir automóveis.

Efeitos tóxicos

- Misturados com álcool, seus efeitos se potencializam, podendo levar a pessoa a estado de coma.
- Em doses altas a pessoa fica com hipotonia muscular (“mole”), dificuldade para ficar de pé e andar, queda da pressão e possibilidade de desmaios.
- O seu uso por mulheres grávidas tem um poder teratogênico, isto é, pode produzir lesões ou defeitos físicos na criança.
- Quando usados por alguns meses, podem levar a pessoa a um estado de dependência. Ou seja, sem a droga a pessoa passa a sentir muita irritabilidade, insônia excessiva, sudoreação, dor pelo corpo todo, podendo, nos casos extremos, apresentar convulsões.
- Há figuração de síndrome de abstinência e também desenvolvimento de tolerância, embora esta última não seja muito acentuada.

<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/ansiol.htm>



Acesse o *link* abaixo e verifique os textos sobre os mais diversos temas tratados nesta disciplina.
www.psiqweb.med.br

Resumo

Os ansiolíticos possuem um grande número de usuários e nesta aula abordamos os seguintes pontos importantes desta droga:

- Quais as consequências do seu uso para o indivíduo.
- Os efeitos colaterais.
- As características do uso do ansiolítico no aspecto psicológico.



Atividades de aprendizagem

1. Qual é a correlação que podemos fazer do ansiolítico com a rotina do indivíduo no seu dia a dia e quais as consequências do seu uso frequente?

Aula 9 – Soníferos

Qual a importância do sonífero para você, aluno? Muitos usam essa medicação achando que será essencial para o sono perfeito, mas quando se percebem estão doentes do próprio remédio usado de forma errada. Nesta aula, saberemos quais são suas características e a melhor forma a usar.



Figura 9.1: insônia

Fonte: © Brian A Jackson / www.shutterstock.com

Hoje em dia os **soníferos** têm feito parte da farmácia pessoal de muitas pessoas. Por terem ação depressiva no SNC (sistema nervoso central) acabam provocando o sono. São na maior parte das vezes confundidos com tranquilizantes, sedativos e ansiolíticos atingindo o nível de droga mais consumida entre os adultos.

Entre as várias consequências, podemos citar principalmente:

- Dormência;
- Dependência;
- Distúrbios na coordenação motora;
- Diminuição da memória;
- Depressão;
- Insônia crônica;
- Sonambulismo;
- Amnésia de curto prazo;
- Distúrbios da memória;
- Reações alérgicas;
- Bulimia noturna;
- Inchaços faciais;
- Aumento do apetite e outros.

A-Z

Sonífero

adj. Diz-se do que, ou aquilo que provoca sono; hipnótico; narcótico; soporífero.

S.m. Essa substância ou medicamento que provoca o sono: droga sonífera; a papoula é um sonífero (Do Lat. Somnifer).





Tiba, Içami - Anjos Caídos: Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. São Paulo: Editora Gente, 1999

Todo dependente Químico deveria ler o livro: Anjos Caídos. O Autor escreveu o livro com a visão da sociedade e também com a visão do usuário de drogas. Muitos julgam dependente químico como marginal, sem vergonha, vagabundo e esquecem que todos os atos de maldade deles não passam de uma doença, afinal eles são Anjos.

Os soníferos inibem a insônia que nada mais é do que um sintoma de doença psíquica e/ou orgânica fazendo com que ainda sejam inibidas características de uma doença a ser tratada.

<http://boaspraticasfarmaceuticas.blogspot.com/2010/09/soniferos-e-remedios-para-ansiedade.html>

9.1 Stress e drogas



Figura 9.2: Stress

Fonte: © Lasse Kristensen / www.shutterstock.com

As pessoas podem apresentar sintomas relacionados ao estresse de forma diferenciada, pois a vulnerabilidade psicológica varia de acordo com a estrutura psíquica de cada indivíduo.

“há um constante entrelaçamento dos sintomas de estresse. É como se fosse uma sinfonia de diferentes instrumentos musicais, tocando, porém a mesma música”.

Jack Barchas, neuroquímico da Universidade de Stanford

O papel do estresse em doenças clínicas, muitas vezes, não é claro. Muitos sintomas, da dor de cabeça às palpitações, podem ser relacionados ao estresse, a uma doença física ou, frequentemente a uma combinação de ambos. Da mesma forma, algumas vezes, um sintoma que surge num momento de grande estresse, como uma dor abdominal, pode eventualmente progredir para uma úlcera ou uma colite.

Estudos científicos indicam que as pessoas adoecem com mais frequência quando estão estressadas. No caso de uma separação ou perda de emprego, por exemplo, baixam as defesas de imunidade do indivíduo e ele pode, mais facilmente, contrair doenças.

Geralmente, os sintomas são um sinal de alerta para que a pessoa concentre sua energia para restabelecer o equilíbrio entre a mente e o corpo. Por esta razão, estar atento aos possíveis sintomas de estresse é uma atitude saudável e preventiva para todos aqueles que no atual contexto do mundo moderno estão sujeitos a situações estressantes.

Entre os principais sintomas do estresse, destacam-se: sinais de cansaço, tristeza, dor de cabeça, grande agitação, constantes crises de tensão e angústia; diminuição da produtividade, isolamento, mau humor, medo, colite, sudorese intensa, irritação, incapacidade de domínio sobre as emoções, etc.

Em síntese, o estresse realmente existe e afeta sua vida, por isto fique atento aos sintomas, as reações orgânicas e psíquicas que anunciam problemas físicos e emocionais.

9.2 Comportamento e autoconhecimento

As pessoas da vida contemporânea, por uma série de razões próprias dos seus grupos sociais e do ambiente em que vivem, têm apresentado, percentualmente, um aumento daqueles estados conhecidos como de ansiedade e angústia. O mal-estar característico de tais estados tem levado o indivíduo a procurar a melhor maneira de resolvê-lo, mas nem sempre se tem conseguido chegar a estratégias mais sadias.

Para suplantar as próprias dificuldades, cada ser humano está constantemente buscando conseguir elementos que possam fornecer-lhe maiores informações, esclarecer e equacionar melhor suas preocupações mais íntimas.

Aos poucos, os cientistas do comportamento foram compreendendo que poderiam ajudar mais efetivamente as pessoas se facilitassem que eles mesmos se conhecessem. Isso poderia evitar-lhes sensações desconfortáveis a seu próprio respeito como, por exemplo, sentimentos de autoestima baixa por sentirem que estavam faltando perante si mesmas.

Tais sentimentos muito frequentemente vêm de crenças e opiniões vulgarmente conhecidas como senso comum e despidas de um rigor criterioso de pesquisa científica. Consequência: não advertidas da precariedade do seu conhecimento, tais pessoas desnecessariamente acumulam dentro de si uma série de inquietudes e ansiedades. Nesta situação o equilíbrio tão importante à capacidade de serem felizes inexistente de forma consciente e produtiva na resolução de seus próprios problemas.

Com frequência, percebe-se que as pessoas parecem ter uma capacidade muito grande de inventar uma infinidade de coisas que as tornam desnecessárias, infelizes e insatisfeitas. Ao servir-se de conhecimentos científicos a respeito de si mesmo, o indivíduo tem maior possibilidade de encarar-se de forma mais inteligente e avisada, aumentando suas possibilidades de ser mais feliz, uma vez que tenha sido mais adequado ao comportar-se.

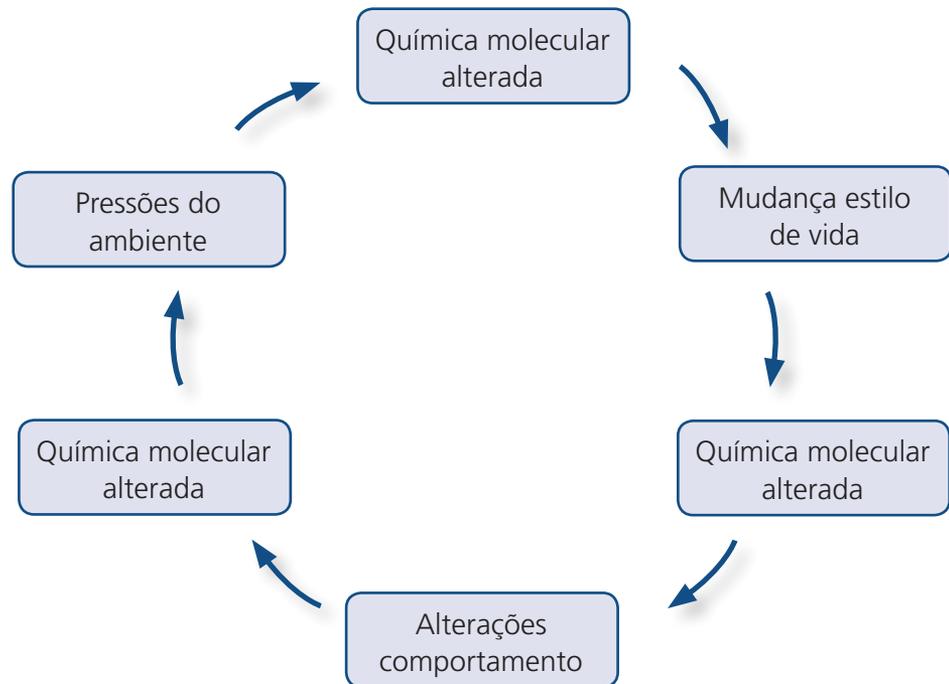


Figura 9.3: ciclo do stress
Fonte: www.vitalidadeintegral.com.br

Se estados de mal-estar físico, causados por uma doença qualquer determinam um comportamento ineficiente como, por exemplo, falta de atenção, estados psicológicos desagradáveis, semelhantemente incapacitam o indivíduo, reduzindo sua produtividade.

Entre os Principais Sintomas do Estresse, destacam-se:

- Sinais de cansaço
- Nó na garganta
- Tristeza
- Prostração
- Bruxismo (ranger os dentes)

- Dor na coluna
- Diarréia
- Dor de cabeça
- Grande agitação
- Aflição
- Pânico
- Sentimento de medo e agressividade constantes
- Constantes crises de tensão e angústia
- Afastamento de suas atividades de trabalho
- Incapacidade de domínio sobre as emoções
- Impotência na resolução de problemas
- Alteração do desempenho de suas funções normais
- Fixação num determinado problema de trabalho
- Diminuição da produtividade e eficiência
- Perda de memória
- Sudorese intensa (suor, transpiração intensa)
- Queixas frequentes
- Manchas roxas
- Perturbação
- Fala desordenada
- Aceleração do batimento cardíaco
- Irritação
- Isolamento
- Hipertensão
- Mau humor
- Pigarro
- Úlcera
- Medo
- Melancolia

<http://www.faac.unesp.br/pesquisa/nos/alegria/estresse/sintomas.htm>

Resumo

Os soníferos também fazem parte das drogas mais consumidas pelos indivíduos. Suas características mais destacadas na aula foram:

- Consequências do uso frequente de soníferos.
- O estresse como aliado ao uso de soníferos.



Atividades de aprendizagem

1. Quando é necessário fazer uso de soníferos?

2. Como se desencadeia o estresse?

Aula 10 – A família na dependência

Qual o papel da família na vida do ser humano? Nesta aula você conhecerá o papel dos membros familiares frente à dificuldade de um usuário de drogas. Saberá os tipos de famílias e quais suas características no processo da doença da droga.



Figura 10.1: Apoio familiar

Fonte: © baki / www.shutterstock.com

10.1 Família psicológica

As características mais pessoais e particulares da vida íntima do indivíduo permanecem obscuras, somente se tornando sinais significativos quando são remetidas à origem no corpo medicamente significante da família. Logo a família é o segredo do indivíduo.

O primeiro grupo ao qual o ser humano pertence, convencionalmente denominado família, é algo muito velho e, paradoxalmente, muito novo. É um conceito velho se considerarmos que o homem, invariavelmente, em seus primeiros anos de vida, vai necessitar dos cuidados alheios e qualquer que seja o vínculo (de consanguinidade, de filantropia etc.) que o prende aos adultos circundantes, devem contar com alguém ou com um grupo de pessoas que lhe ofereça os cuidados necessários para sua sobrevivência. É um conceito permanentemente novo, à medida que a família vai se transformando e remodelando-se de acordo com os contornos da sociedade na qual esta inserida.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000300001&script=sci_arttext

A organização familiar consiste a partir dos papéis de pai, mãe e filhos. A vivência destes papéis básicos dará ao indivíduo a noção de pertencimento ou “fazer parte”, de compromisso e de identidade que será necessária para o seu desenvolvimento dentro e fora da família. Além disto, pela legitimidade destes papéis as regras sociais são transmitidas, viabilizando o importante processo de socialização. Neste relacionamento a criança insere padrões relacionais que irão nortear suas noções de convívio por toda a vida.

Sua forma de amar, de se comunicar, de se relacionar, de priorizar certas coisas em detrimento de outras, seus valores, enfim, seu modo de ser será resultado da vivência relacional no núcleo familiar. Como todo sistema, a família é regida por regras que determinam seu funcionamento e que dão o “ritmo” do relacionamento de seus membros. O comportamento de qualquer membro da família afeta e é afetado por todos os outros.

Portanto, uma mudança vivida por um membro da família trará mudança para todo o sistema “obedecendo” à propriedade de globalidade e circularidade que os sistemas possuem. A família, portanto, não seria simplesmente um conjunto de indivíduos aparentados, mas um todo interdependente em que as condições de saúde e doença circulam pelo sistema por meio de suas interações, só podendo ser compreendidas em seu contexto.

Tais interações aconteceriam a partir da dinâmica relacional que permite e regula a sobrevivência da família, possibilitando um senso de continuidade e de identidade que dá sustento aos seus membros.

Este fato está condicionado ao grau de flexibilidade da família ao interagir através de seus padrões relacionais. Se o sistema se organiza de forma a que só suporte graus mínimos de mudança, os padrões relacionais serão rígidos, trazendo sofrimento aos seus membros, devido ao engessamento do sistema. Vale ressaltar que o engessamento citado pode não ser uma condição estrutural permanente e sim, momentânea, voltada para alguns assuntos específicos, ou em algumas fases mais delicadas.

Entretanto, caso não haja uma intervenção no sentido de identificar a dificuldade, este engessamento poderá produzir padrões relacionais intensamente rígidos que se repetirão por gerações, perpetuando a momentânea “disfuncionalidade”.

A família pode ser pensada sob diferentes aspectos: como unidade doméstica, assegurando as condições materiais necessárias à sobrevivência, como instituição, referência e local de segurança, como formador, divulgador e contestador de um vasto conjunto de valores, imagens e representações, como um conjunto de laços de parentesco, como um grupo de afinidade, com variados graus de convivência e proximidade e de tantas outras formas.

http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/5000057791_03_cap_02.pdf

10.2 O papel da família



Figura 10.2: O amigo do dependente químico

Fonte: © Monkey Business Images / www.shutterstock.com

Quando a família descobre que o filho adolescente usa drogas logo se cria um momento oportuno de possibilidades para reflexões e processos sobre toda a história que foi construída por esta família como regras, papéis, funções delegações, co-dependências, etc. Uma vez esta família a procura de ajuda, terá oportunidade de ser confrontada com as dificuldades de todos os seus membros e analisar como cada um contribui para o sustento do adolescente drogado.

A droga é encarada como uma tentativa em resolver este dilema onde manterá o adolescente dependente da família, ao mesmo tempo em que dará uma sensação de “falsa distinção”. Quanto mais ele se afasta da família, em função do uso, mais ele se torna dependente. Qualquer movimento de diferenciação será vivido como um grande sofrimento, pois significa a desestruturação da família.

A família é um fator fundamental tanto na dependência como em seu tratamento. Alguns estudiosos chegam a considerar a dependência como uma patologia familiar. A convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos, bem como influências ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência.

Um fator também digno de nota é o aprendizado de comportamentos de consumo, ou seja, o indivíduo adquirindo hábitos e comportamentos a partir de seus familiares e amigos próximos.

<http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/textocompleto/tratamento/capitulo/cap07.htm>

10.3 O papel do pai e da mãe na família adicta

A importância do pai. Apesar de estar mais afetivo, o pai ainda é responsável por dar limites e soltar as amarras dos filhos. A mãe tem uma tendência natural a proteger demais a prole, transmitindo-lhe valores como acolhimento e proteção. Já o pai estimula a independência dos filhos e corta o excesso de proteção da mãe. Seu papel é muito importante na construção da autonomia e da ousadia da criança. A diferença é que antes, a autoridade paterna era acompanhada do medo que as crianças sentiam frente a uma figura tão severa e distante. Hoje, esse processo ocorre de maneira mais saudável, já que os papais não se fazem entender apenas no grito. O que não pode acontecer é o pai “amolecer” demais e se tornar muito permissivo. Quando isso acontece, as crianças acabam se tornando desobedientes, autoritárias e inseguras.

<http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/dezembro/dia-da-familia-7.php>

O pai do adicto não consegue diante do impacto manter a serenidade e a autoridade, emergindo a imagem do pai modelado numa figura frágil e carente, enquanto que a sua mãe em contrapartida passa a ser a lutadora, pois que despertam nela traços latentes da mãe que tem o seu “filhote ferido” e enfrenta qualquer perigo, o que ocorre nas selvas quando a fêmea, para preservar a sua cria dos predadores, enfrenta com galhardia até a morte a sua integridade, **não ocorrendo o mesmo com o macho que se omite.**

<http://www.psicologia.org.br/internacional/drodi.htm>

Se as mães cuidam mais das necessidades físicas e emocionais dos filhos, os pais voltam-se mais para as características da personalidade, necessárias para o futuro, especialmente qualidades como a independência e a capacidade de testar limites e assumir riscos.

<http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo028.shtml>

É comum também a mãe do dependente químico ter um perfil superprotetor, controlador e hiperfuncionante, enquanto a figura paterna é ausente ou periférica e sem autoridade (embora possa ser autoritária).

<http://www.bancodesaude.com.br/user/1743/blog/conflito-na-adolescencia-familia-dependencia-quimica>

Vamos analisar a figura materna que não consegue cumprir sua função básica de maternidade desviando os seus padrões da função feminina, que se expõe a situações de confronto a tudo o que é considerado feminino, baseado em modelo que a própria mãe lhe transmitiu.

A mãe ao distorcer a sua função, desperta nos filhos a sensação de que falharam no seu papel de mães e os filhos se sentem abandonados e se vinculam ao pai, tentando através desta parceria alcançar uma ligação emocional de sobrevivência.

Dessa forma as dificuldades de relação com a figura materna provocam rupturas profundas no desenvolvimento de sua estrutura psíquica, pois que o ataque aberto à figura da mãe internalizada aumentaria a culpa, gerando, em consequência, angústias paranóides, caracterizadas pelo aparecimento de ambições e de suspeitas que se acentuam, evoluindo para delírios persecutórios e de grandeza estruturados sem bases lógicas.

<http://www.psicologia.org.br/internacional/drodi.htm>

Resumo

Cada família possui suas diferenças e suas características. Nesta aula observamos as seguintes funções que ela manifesta:

- Conceito psicológico.
- O papel familiar na dependência química.
- O papel da mãe na vida do usuário frente ao contexto familiar.

Aula 11 – A co-dependência

Nesta aula trataremos sobre um tema que tem grande importância, os co-dependentes. Você poderá perceber o quanto as pessoas que estão próximas do dependente químico tornam-se emocionalmente dependentes de toda a situação.



Figura 11.1: co-dependência

Fonte: © CREATISTA / www.shutterstock.com

11.1 Quem é o co-dependente?

É o familiar, o colega de trabalho, o chefe, o amigo, é o vizinho e todos que procuram remover as consequências dolorosas do abuso de drogas do dependente, para e pelo dependente, com a intenção de minimizar ou de esconder o ocorrido, facilitando a vida do dependente químico.

Todo aquele que está emocionalmente ligado e oferece seus sentimentos e sua vida para "proteger seu dependente", visando impedir que comportamentos antissociais tornem-se transparentes, é um co-dependente.

E o co-dependente que age assim, escondendo os fatos que se constituem numa vergonha para todos por total desinformação, imagina que está ajudando, na realidade está ajudando a que possíveis pedidos de tratamentos e/ou internação sejam adiados.

É o famoso "CARROSSEL DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA": no centro, o dependente químico agindo e ao redor... os co-dependentes estão reagindo, todos estão vivendo em função do dependente. O dependente se droga, fica doído e os outros reagem a sua drogadição e as suas consequências; o dependente responde as essas reações e se droga novamente, estabelecendo o carrossel da dependência química.

Os co-dependentes precisam ter coragem de colocar limites, fazendo parar de girar o Carrossel e de desligar-se emocionalmente do dependente, sentindo seus próprios sentimentos e vivendo suas próprias vidas. Como os co-dependente conseguirão entrar em recuperação? Informando-se, fazendo psicoterapia e, sobretudo frequentando as salas dos grupos de mútua ajuda. A partir da aceitação da co-dependência, realizam o maior ato de amor, conscientizaram-se de que a melhor ajuda e única possível é a mudança de "nós" (referente a nó). Fortaleceram-se. Porque compreenderam, o que não é firme não pode servir de apoio.

O escritor Leon Tolstói (Escritor russo) 9/9/1828, Yasnaia Poliana, Rússia 20/11/1910, Astapovo, Rússia escreveu:

"Todas as famílias que são felizes são iguais, mas cada família que é infeliz, o é à sua própria maneira".



Figura 11.2: Família

Fonte: © Monkey Business Images / www.shutterstock.com

Para ler e refletir...

Formação da estrutura familiar:

- O segredo familiar em esconder o problema da dependência.
- Com o agravamento do dependente, os filhos ficam órfãos de pais vivos.
- Os co-dependentes são pessoas que amam demais o dependente.
- Os co-dependentes criam novos comportamentos e papéis, para diminuir ou aliviar a sua dor.
- Ocorre a generalização: a maioria dos familiares é atingida pelo problema da dependência.
- Não há comunicação entre os co-dependentes, ninguém diz os seus sentimentos para outra pessoa.
- O certo e o errado é uma verdadeira confusão, usam-se muito os extremos (tipo: o dependente já está curado).
- Procuram mentir, quando o mais fácil seria dizer a verdade.
- Os co-dependentes se acham pessoas diferentes, por se acharem culpados.

<http://www.affection.com.br/orientfamil.php>

Ainda há muita desinformação sobre o que é co-dependência e as dificuldades que essa “doença emocional” causa na vida dessas pessoas que estão sempre em busca de maneira perversa e autodestrutiva, de preencher o terrível vazio emocional das suas vidas.

É muito comum ligar a co-dependência às famílias que têm dependentes de álcool e drogas, o que dificulta muitas vezes o diagnóstico e o tratamento, já que a co-dependência não se limita somente aos familiares de dependentes químicos.

Com uma baixa autoestima, os co-dependentes vivem em função das outras pessoas que se caracterizam por querer controlar, mandar e fazer um jogo onde a essência é o poder do domínio. Esse domínio é fundamental para o co-dependente, servindo para a busca de reconhecimento, recompensando a falta de amor próprio.

Emocionalmente dependentes dos outros, o co-dependente não conhece a sua realidade, não consegue estabelecer os seus limites e perde totalmente a sua identidade, já que passam a viver a vida daquele que querem controlar. Essa marcação persistente sobre o outro sempre causa conflito e desconforto. O co-dependente acredita que ele é responsável pela felicidade e necessidade dos outros ao seu redor.

Quer que as coisas se resolvam e sejam da sua maneira e não percebe que muitas vezes os seus desejos são da pessoa a quem quer controlar. A realidade é distorcida dentro da sua ilusão onde acredita que a sua felicidade depende de outros, passando a ser escravo emocionalmente de uma outra pessoa.

Doença gerada na família de origem que era disfuncional, o co-dependente carrega consigo sentimentos de culpa, medo, insegurança, raiva, frustração, vergonha e desenvolve comportamentos compulsivos em relação ao sexo, a alimentação, ao trabalho, ao dinheiro, ao álcool ou outras drogas em uma tentativa de controlar os seus sentimentos interiores.

Quando há envolvimento com um dependente químico, as coisas se complicam. Se compararmos a co-dependência com a dependência química vai perceber a semelhança entre elas. As duas são doenças de negação. O dependente químico luta para tentar controlar a droga e o co-dependente luta para controlar o dependente químico e em ambos os casos o resultado é o fracasso, portanto a progressividade tanto de uma quanto de outra doença caminham juntas lado a lado.

Tanto o co-dependente como o dependente químico só irão administrar com mais qualidade as suas vidas, quando admitirem o sofrimento que a doença provoca. Antes disso não conseguem perceber o grau de destruição nas suas vidas.

Os problemas clínicos podem ser sintomas da co-dependência que se não for tratada de modo adequado vai passando de geração para geração. É fundamental que além do dependente químico estar em tratamento, os seus familiares também se tratem da sua co-dependência. Os relaciona-

mentos são extremamente afetados sob o impacto da co-dependência, mas é necessário ainda acrescentar que mensagens enraizadas na infância podem muitas vezes interferir no relacionamento de um casal, podendo vir a destruir casamentos.

Muitas vezes no seu círculo social, o co-dependente tem uma relação conflituosa, fazendo o que não querem apenas para agradar os outros e se anulando com isso.

Um ponto também muito importante que precisa ser trabalhado é o preconceito que acompanha a co-dependência. A pessoa deixa de ir à terapia, a um grupo, a cuidar de si porque automaticamente a associam com a dependência química. Uma pergunta muito comum no início do tratamento é se existe cura.

“Curar” em co-dependência significa reconhecer, admitir e aceitar a doença e a partir daí iniciar as mudanças no modo de viver, em obter qualidade de vida, vivenciar a realidade e não insistir em uma existência baseada na ilusão, buscar o equilíbrio físico e emocional; a auto-estima e o amor próprio são fundamentais para melhorar o relacionamento com os outros ao seu redor e principalmente consigo mesmo.

Resumo

A aula de hoje mostrou que a co-dependência possui um significado importante na relação familiar com o usuário de drogas. Suas características bem particulares são destacadas pelo desenvolvimento de cada família e como esta co-dependência se manifesta entre seus membros familiares.

Atividades de aprendizagem

1. Quem é o co-dependente familiar?

2. Como a família contribui para a manifestação da dependência química?



Aula 12 – O casamento “químico”

Na aula doze, você aluno verá como o casamento com uma pessoa que utiliza qualquer droga ilícita exageradamente pode ser prejudicado e como as famílias disfuncionais são muitas vezes colaboradoras nesse processo de adoecer.



Figura 12.1: casal alcoólico

Fonte: © George Dolgikh / www.shutterstock.com

Tratando-se do casamento, da união de duas pessoas, inúmeras vezes as consequências desse problema aparecem com grande frequência, ainda que em muitos casos a palavra “alcoolicismo” não fosse mencionada. E no que diz respeito à “conjugalidade”, é só uma questão de tempo até os estragos se tornarem visíveis.

Os efeitos destrutivos do alcoolismo no casamento já foram bastante documentados na literatura. Dentre as principais dificuldades enfrentadas, os casais que apresentam ao menos um cônjuge alcoólico manifestam pior qualidade na relação marital, crescente instabilidade na relação e elevados índices de divórcio.

<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhldTexto=ad55bea3ce8199bf079e27e83b90cfe3>

Como o fato de não existir uma comunicação eficaz acerca do problema, a satisfação conjugal vai decrescendo. O cônjuge do alcoólico sente-se isolado, incompreendido, frustrado. Sofre muitas vezes em silêncio, com ver-



Assista ao filme “Vício Maldito” e tente analisar algumas situações com o tema abordados nesta aula.

Título original:

Days of Wine and Roses

Duração: 117 minutos (1 hora e 57 minutos)

Gênero: Drama

Direção: Blake Edwards

Ano: 1962

País de origem: EUA

gonha de assumir o problema perante outros familiares ou amigos. Mas à medida que a insatisfação se alastra a outras áreas da conjugalidade, como a sexualidade, a confiança, o apoio mútuo ou a educação dos filhos, o fardo começa a parecer insuportável.

Mesmo que não haja comportamento violento, a qualidade do papel parental também decresce e é isso que tantas vezes faz transbordar o copo: o comprometimento do bem-estar dos filhos pode ser o fator determinante para dizer “basta”. Mas, infelizmente, muitas famílias vivem o drama da violência resultante do abuso do álcool, seja ela física ou psicológica.

Para muitos o divórcio não é uma alternativa. Há a vontade de estar ao lado do alcoólico e a esperança de poder o ajudar. Só que para que sejamos capazes de ajudar alguém é preciso que estejamos bem e muitas vezes o cônjuge do paciente alcoólico desenvolve estados depressivos que não são diagnosticados. Além disso, o alcoólico pode recusar-se a admitir o problema e, conseqüentemente, rejeitar a ajuda terapêutica. Daí que em muitos casos o processo terapêutico seja iniciado com o cônjuge. À medida que o resto da família tanto cônjuge quanto filhos mudam, é esperável que outras mudanças surjam e que o próprio alcoólico coopere com o tratamento.

<http://www.apsicologa.com/2008/10/alcoolismo-e-casamento.html>

12.1 Famílias disfuncionais

Quando pensamos em desequilíbrio familiar frente ao alcoolismo, podemos pensar em disfunção. Como definição a disfunção se caracteriza por: **Anomalia no funcionamento de qualquer todo organicamente estruturado.**

<http://www.dicionarioinformal.com.br/disfun%E7%E3o/>

Essa “anormalidade” que acomete a família dependente química leva a inúmeras conseqüências incômodas e devasta o relacionamento entre os membros de forma a gerar conflitos muitas vezes para o resto da vida.

A família disfuncional define uma sociedade formada por indivíduos ligados por laços afetivos que se encontram em desacordos de forma contínua e regular. Famílias disfuncionais são geralmente resultado de adultos co-dependentes e também afetadas pelo alcoolismo, abuso de drogas, e outros vícios parentais, com os pais destratando ou não levando em consideração possíveis doenças mentais ou transtorno de personalidade, ou de pais anulando o comportamento de seus próprios pais disfuncionais ou experiências de suas famílias disfuncionais.

A convivência entre os membros num casamento faz com que as vivências da doença dessas famílias cindidas manifeste dificuldades de convívio. Os membros percebem que ao conviverem entre si eles se machucam e se afetam negativamente uns aos outros.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia_disfuncional

As crianças que vivem nesse relacionamento familiar também sofrem com essa anormalidade no ambiente; é comum atribuírem-se comportamentos estereotipados ou estranhos como forma de pontuar e chamar a atenção desses pais para o que enxergam diferente, tornando essa postura errônea frente a todos que os cercam.

As famílias disfuncionais são aquelas em que a doença mental das figuras parentais uma vez caracterizadas por uma dependência química cria um ambiente propício para a produção dessa mesma doença mental nos seus filhos, instituindo um ambiente doentio de reforço constante pelas relações mútuas e patológicas.



O casamento constitui a segunda família. Aqueles padrões infantis doentios vão procurar a repetição na nova família. Por isso observamos casais repetindo as atitudes que tanto criticavam nas suas famílias de origem. Essa memória psicológica que ficou guardada sofre uma reativação na convivência dos cônjuges. Não é incomum a tendência à repetição do mesmo ambiente pouco saudável da infância. O ciclo tem novos capítulos, produzindo uma transmissão geracional dos transtornos mentais, sejam eles de origem biológica ou psicológica.

Nas famílias estão as sementes da saúde ou da doença. Quem não está ajudando, está atrapalhando, não existe meio-termo em matéria de sanidade mental.

<http://neuronios-saudemental.blogspot.com/2010/01/familias-e-casamentos-disfuncionais.html>

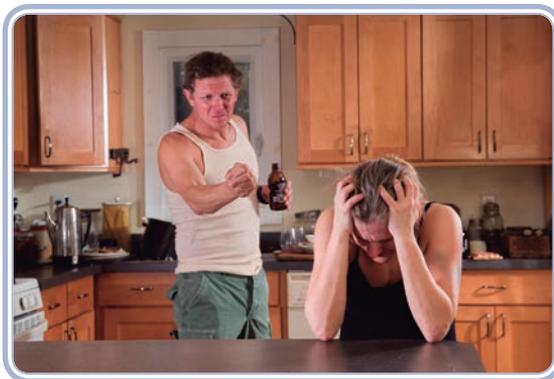


Figura 12.2: Alcoolismo e seus problemas

Fonte: © ejwhite / www.shutterstock.com

A família disfuncional pode ser afetada por vários fatores.

Exemplos de família disfuncional

- Rejeição (como recusar-se a reconhecer o alcoolismo de um pai ou de um filho adolescente; ignorar episódios de abuso sexual),
- Falta de empatia entre os membros da família;
- Falta de limites claros;
- Ordens e mensagens não muito claras;
- Pais divorciados ou separados;
- Comportamento adúltero ou promíscuo envolvendo os pais ou os filhos adolescentes;
- Extremos em conflito (desde pequenas discussões até brigas terríveis).

Sinais de pais não saudáveis

- Desrespeito;
- Intolerância emocional (aos membros da família não é permitido expressar emoções “erradas”, como chorar e “demonstrar fraqueza”);
- Comportamento ridículo.

Estilos de pais disfuncionais

- Manipuladores (pais narcisistas);
- Abusadores (pais que abusam física, verbal ou sexualmente de seus filhos para dominá-los);
- Privação;
- Dogmático ou como uma seita;
- Perfeccionismo;
- Apaziguamento;
- Síndrome de Münchhausen (por procuração).

Tabela 12.1: Sintomas de famílias disfuncionais

| Sintomas de famílias disfuncionais | Sinais de pais nada saudáveis | Estilos de pais que causam famílias disfuncionais |
|--|---|--|
| Volatilidade | Pais dogmáticos ou caóticos (disciplina dura e inflexível) Infantilização (pais que colocam seus filhos na posição de pais, tendendo a ser carentes e incompetentes. Geralmente concordam com o abuso provocado pelo outro pai.) usando de meios físicos como consequência de arbitrariedade. Educam pelo medo. Amor condicional. | Privação (pais que controlam por demais o amor, o dinheiro, a admiração, a atenção, ou qualquer outra coisa que seus filhos necessitem). |
| Discursos autoritários (crianças não são permitidas a discordar com a autoridade ou questioná-la). | Deificação (pais que transformam seus filhos em fiéis ou servos através de regras e papéis restritos). | Negação de uma vida melhor (crianças não são permitidas a desenvolver seu próprio sistema de valores. |

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia_disfuncional

Resumo

Na aula de hoje foi mencionada a problemática da união entre pessoas e as drogas da seguinte forma:

- O casamento alcoolista.
- A família disfuncional na dependência química.
- Sintomas evidentes de famílias funcionais.

Atividades de aprendizagem

1. Cite 3 principais características que se manifestam e classificam uma família como disfuncional.



Salvador Minuchin, Michael P. Nichols, Wai-Yung Lee, ARTMED, 2009.

Este livro trabalha a parceria dos adultos na liderança da família, transformando as alianças disfuncionais e a dificuldade em resolver conflitos. A terapia estrutural familiar, base teórica e ferramenta testada e aprovada por Minuchin durante sua longa experiência como terapeuta, garante a este livro a fidedignidade necessária para as intervenções terapêuticas. Metáforas e demonstração das interações conflituosas ao vivo nas sessões são métodos de intervenção presentes aqui. Auxiliar terapeutas a descobrir dinâmicas relacionais nas famílias e tecê-las na confecção de um processo terapêutico é o foco principal deste livro.



Aula 13 – O álcool e a sexualidade

Caro aluno nesta aula você verá como o álcool pode estar associado a diferentes situações do dia a dia de uma pessoa e como ele pode se tornar uma doença quando quem o utiliza extrapola e perde o controle.

Historicamente, vinculou-se o uso de álcool a prática sexual desde os remotos tempos da humanidade. Festas pagãs nos primeiros Impérios, a figura de Dionísio e o vinho, os grandes bacanais da antiga Grécia e do Império Romano e os momentos de grandes depressões da humanidade e decadência social estavam representados pelo uso de grande quantidade de bebida alcoólica e a libertinagem sexual.

<http://www.sexualidaderesponsavel.com.br/alcool-e-sexo/alcoolismo-e-sexualidade/>



Figura 13.1: Bebida alcoólica / prática sexual

Fonte: © coka / www.shutterstock.com

Na sociedade em que vivemos o sexo não é completamente livre. Ele está limitado por uma série de censuras éticas, morais e sociais, que fazem com frequência o desejo não se concretizar como ato sexual, ficando tudo apenas na vontade. Ocorre que estas censuras são anestesiadas pelo álcool etílico e é por isso que muita gente associa o exercício de sua sexualidade com a ingestão de bebidas alcoólicas.

Se isto é válido para quase todo o mundo, é muito mais ainda para o alcoólatra, que tem todo um passado ligado a um frequente e intensivo consumo de bebida, sem falar no fato de que o álcool desencadeia nele uma fantasia de grandiosidade, na qual ele se julga atraente, quase irresistível e certamente o melhor amante do mundo. Frequentemente um alcoólatra não consegue nem se lembrar de ter tido sexo, sem antes ter bebido álcool. Esta associação, válida por muitos anos, acaba profundamente marcada em seu subconsciente.

Essa ingestão alcoólica, de forma moderada, em eventos sociais, festas e encontros amorosos, tem um papel facilitador na liberação de sentimentos e muitas vezes do aumento do interesse sexual.

Nessas condições, é quase impossível chegar em casa e ainda ter disposição para conversar com a família. Deixam de ser o companheiro que discute as questões que interessam à parceira e aos filhos. Ao contrário, se solicitados, se mostram irritáveis, *chatos*, ou até mesmo sonolentos.

O álcool pode até aumentar o desejo, mas termina prejudicando o desempenho. Homens alcoólicos, em fase avançada da doença, diminuem progressivamente sua potência, perdem pelos, às vezes apresentam até crescimento mais ou menos acentuado das mamas. Mulheres alcoólicas podem perder suas características sexuais secundárias femininas, atrofiar suas mamas, veem suas menstruações diminuídas ou ausentes, tornam-se estéreis. No fim da doença alcoólica, fica frequentemente difícil distinguir, ao primeiro olhar, quem é homem, quem é mulher.

Todo o seu subconsciente associa sexo com álcool, faz parte de toda a sua vida sexual. Existe uma voz compulsiva dentro dele, dizendo que ele vai conseguir se antes tomar uns goles. Tudo isto, mais a insegurança, os medos, o orgulho ferido, a revolta existente neste período inicial de abstinência, levam com frequência a uma recaída. É claro que voltar a beber não soluciona coisa alguma, só agrava o problema cada vez mais, mas não falta quem venda na rua todo o tipo de garrafadas, vinhos e tônicos (sempre contendo álcool), que falsamente prometem uma recuperação da potência. É importante que o alcoólatra seja alertado contra este canto de sereia, senão certamente irá recair.

O impacto ou desgaste na vida sexual é inevitável. A admiração, o amor e mesmo a atração sexual começa a perder sua força e entusiasmo. É comum esses homens, mesmo percebendo a falta de motivação sexual na vida a dois, se cobrem em relação ao seu desempenho sexual e os primeiros sustos começam a ocorrer a partir dos 40 anos; a ereção não é firme, vigorosa e não se mantém por muito tempo.

Sexo, porém não é só uma atividade física. Há todo um clima amoroso envolvido, uma sedução preliminar, que é da maior importância. Existem alcoólicos que nunca tiveram relações em toda a sua vida, sem antes beber, desde sua adolescência. Agora, homens maduros, veem-se diante da perspectiva de fazê-lo sem álcool, como se fosse a primeira vez, como se tivessem de aprender como é que se faz para namorar.

Mesmo quando o alcoólico ainda conseguiu manter uma relação estável, os laços afetivos costumam estar severamente atingidos.

Em resumo a sexualidade está prejudicada no alcoolismo por comprometimentos físicos, psíquicos e espirituais e só uma recuperação nestas três áreas, aliada ao fator tempo, pode levar novamente à normalidade.

Dr. Alberto Duringer MEDICO
Conselheiro no Conselho Estadual de Entorpecentes - Ex-Diretor do Hospital Central da Polícia Militar RJ (professor, parece-me estar faltando alguma coisa nesta frase)
<http://www.entresembater.netvrtua.com/profissionais/view.asp?id=18>

13.1 Álcool, sexo e televisão

Nos tempos atuais não é diferente, onde a mídia televisiva e cinematográfica é repleta de cenas de abuso de bebidas, tanto na fantasia da dramaturgia como na própria vida real dos atores. Semanalmente temos a notícia de um famoso sendo pego em uso abusivo de álcool. Formadores de opinião sem o menor senso de responsabilidade social. Infelizmente estas imagens que vêm desde tempos passados e intensificadas pelas antenas de transmissão dos nossos dias, têm levado homens e mulheres a usar e abusar da ingestão de álcool para “facilitar” a sexualidade e a liberdade sexual na vida moderna.

O uso indiscriminado de álcool por jovens e adolescentes vem aumentando de forma vertiginosa no nosso país, levando a preocupação das autoridades de saúde e a toda sociedade. A ausência de uma política de prevenção e inibição ao estímulo do uso de bebidas alcoólicas, a ausência de punições a estabelecimentos que vendem bebidas a menores e a um estado preocupante de indiferença pelos pais e familiares como um todo tem gerado infortúnios a muitas famílias deste nosso Brasil.

O aumento assustador de DST por falta total de responsabilidade e por negligência de uma geração estimulada somente na quantidade da prática sexual é outra consequência desta desastrosa fase que estamos vivendo no nosso território.

Faltam-nos exemplos, falta a presença real de símbolos pelos valores humanos, falta reconhecimento do caráter e da ética nas relações humanas, pois a sexualidade sem caráter passa a ser promiscuidade. Sexualidade sem ética e respeito é vulgaridade, é prenúncio de ausência total de valores mínimos de civilidade e respeito na convivência social. Mulheres se sentindo obrigadas a uso e abuso de álcool para poderem ser aceitas em seu grupo e dizer que



Moacir Costa “Mulher – A conquista da liberdade e do prazer” – Ediouro, 1ª edição, 2004.

O livro mostra que a trajetória feminina quase sempre foi carregada de incertezas e medos, com itinerários muitas vezes imprevisíveis. Ainda assim, com todas essas dificuldades, elas sempre mantiveram o desejo de crescer, evoluir e transformar o mundo para melhor. Confrontadoras, guerreiras, cheias de garra e coragem, persistentes, ousadas, livres, criativas, conciliadoras, pacientes, seguras, generosas. O objetivo principal deste livro é ressaltar o crescimento das mulheres e sua vocação para a felicidade. Infelizmente, muitos homens ainda não se deram conta disso e preferem negar essas importantes conquistas. Com esse livro, o autor pretende refletir sobre os papéis femininos, as transformações das últimas décadas e mostrar que a busca por uma vida mais feliz, prazerosa e plena é um projeto possível, não só da mulher mas de todos nós.

fazem sexo sem preconceito; mulheres que colhem agressões em seu corpo e, muito pior, em sua alma, só para dizer que são aceitas na nova comunidade de independentes e autônomas quanto ao uso de seus corpos. Não é uma questão moralista que estou escrevendo e sim de respeito ao princípio de sexo afetivo, sexo íntegro, sexo saudável física e emocionalmente e não masturbações coletivas e estéreis.

Sexualidade sim, hiperativismo não, sexualidade sim, irracionalidade não. Por fim, não abuse do uso de bebidas alcoólicas, são grandes geradoras de disfunções sexuais e sociais.

<http://www.sexualidaderesponsavel.com.br/alcool-e-sexo/alcoolismo-e-sexualidade/>

Resumo

O consumo das drogas se manifesta em vários contextos da vida. Nesta aula foi mostrado especificadamente o álcool como fator expressivo na relação do indivíduo com o a sua sexualidade e como a mídia interfere nesse envolvimento de forma quase sempre prejudicial.



Atividades de aprendizagem

1. Como cuidar da sexualidade no processo do alcoolismo?

Aula 14 – Como identificar o usuário

A aula quatorze identificará quais são os tipos de usuários de drogas e como eles se manifestam na sociedade. Durante a aula, você aluno, aprenderá qual é o perfil dos vários usuários e suas características.

A maioria dos terapeutas, especialistas em droga e os próprios usuários não acreditam que os pais ou qualquer pessoa que conviva com um drogado não saibam identificá-los, porque os indícios são muitos.

O que realmente acontece é que pai e mãe se negam a acreditar no que está acontecendo. É aquela história de que “essa desgraça só acontece com filho dos outros”.



Figura 14.1: Usuário de droga
Fonte: © S.P. / www.shutterstock.com

14.1 Tipos de usuários

É útil distinguir vários tipos de usuários de drogas, segundo critérios científicos, para desfazer o preconceito de que todo usuário seja “viciado” ou “marginal”. Assim a UNESCO distingue quatro tipos:

- I. **Experimentador** - Limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;

Tipos de drogas experimentadas: Álcool, Cigarro, Maconha, Emagrecedores, Soníferos, Depressores e Lança perfume.

- II. **O usuário ocasional** - Utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;

III. Usuário habitual ou “funcional” - Faz uso frequente, ainda que controlado, mas já se observam sinais de ruptura;

IV. Usuário dependente (toxicômano, drogadito, dependente químico) - Vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, podendo haver marginalização e isolamento.

<http://pt.scribd.com/doc/67517481/8/Tipos-de-usuarios-de-drogas>

14.2 O jogo é droga?

Segundo a CID.10, a característica essencial do Jogo Patológico é um comportamento de jogo mal adaptativo, recorrente e persistente, que perturba os empreendimentos pessoais, familiares e/ou ocupacionais. A pessoa com esse transtorno pode manter uma preocupação com o jogo, tais como, planejar a próxima jogada ou pensar em modos de obter dinheiro para jogar.

A maioria dessas pessoas com Jogo Patológico afirma que está mais em busca de “ação” do que de dinheiro e, por causa dessa busca de ação, apostas ou riscos cada vez maiores podem ser necessários para continuar produzindo o nível de excitação desejado. Os indivíduos com Jogo Patológico frequentemente continuam jogando, apesar de repetidos esforços no sentido de controlar, reduzir ou cessar o comportamento.

Através do reforço emocional intermitente, onde ganhar é um reforço positivo imediato e perder é “apenas” uma circunstância aleatória, o indivíduo apresenta o comportamento compulsivo de jogar. Está sempre na expectativa de ganhar, como foi conseguido anteriormente. Existe ainda uma sensação especial no comportamento de risco, o que ocupa a mente do jogador fazendo que passe a repetir o comportamento (dependência).

<http://gballone.sites.uol.com.br/voce/compulsivo.htm>

A “aditividade” é um comportamento humano que significa incapacidade de gerir as frustrações da vida. O adito é uma pessoa que não tolera as angústias mais “pesadas” refugiando-se em fantasias de grandeza, achando que com o jogo vai resolver todos os problemas. Existe uma compulsividade em volta desse comportamento. É verdade que nem todas as pessoas que jogam possuem essa compulsividade, sabendo algumas delas parar no momento em que está a perder tudo o que tem.

<http://www.clubeinvest.com/forumbolsa/forum-de-bolsa/compulsividade-em-jogos-de-azar-e-em-aplicacoes-na-bolsa-de-valores/5/?wap2>

O vício em jogos é um transtorno do comportamento que consiste na necessidade compulsiva de participar em jogos de adivinhar. Este transtorno ou ludopatia é uma alteração progressiva do comportamento no qual um indivíduo sente uma incontrolável necessidade de jogar, ignorando qualquer consequência negativa.

Tão forte pode ser o vício nos jogos que a alimentação, sexo ou relação social passam a ser construídas como algo secundário. O jogador compulsivo é dominado por um impulso incontrolável para aceitar risco, um fato que se vê durante toda sua vida. Em muitas situações, o jogador tem que procurar atividades ilegais ou contra sua própria natureza para obter o dinheiro que escapa de suas mãos. Também apresenta um elevado risco em cometer suicídio. Tantas tensões levam o padecimento de enfermidades de origem psicossomática e um total descentramento vital.

http://www.centroapostas.com/centro_ajuda/index+c-jogo_responsavel.html



Figura 14.2: Vício em jogos

Fonte: © Kayros Studio "Be Happy!" / www.shutterstock.com

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, o jogo patológico é caracterizado pela persistência e recorrência do comportamento de jogar, indicado pela presença de pelo menos cinco dos seguintes itens:

1. Preocupar-se com jogo (preocupação com experiências passadas, especulação do resultado ou planejamento de novas apostas, pensamento de como conseguir dinheiro para jogar);

2. Ter necessidade de aumentar o tamanho das apostas para alcançar a excitação desejada;
3. Esforçar-se repetidamente e sem sucesso para controlar, diminuir ou parar de jogar;
4. Inquietar-se ou irritar-se quando diminui ou para de jogar;
5. Jogar como meio de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico (sentimentos de desamparo, culpa, ansiedade, depressão);
6. Depois de perder dinheiro no jogo, frequentemente retornar no dia seguinte para recuperar o que perdeu;
7. Mentir para familiares, terapeuta ou outros para esconder a extensão do envolvimento com jogo;
8. Cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo;
9. Perder ou arriscar-se a romper relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira por causa do jogo;
10. Contar com outros para prover dinheiro para aliviar situação financeira desesperadora por causa do jogo.



Assista ao filme: "A vida é um jogo" Trailer filme a vida é um jogo

<http://www.youtube.com/watch?v=cez2e3olyee&feature=related>

Resumo

Nesta aula pudemos compreender melhor os tipos de usuários de drogas e suas preferências de consumo e como o jogo entra na classificação de tipos de vícios e quais são suas características e formas de se manifestar no meio social do indivíduo.



Atividades de aprendizagem

1. Como podemos classificar o jogo como vício e qual seria sua manifestação mais evidente na classificação como droga?

Aula 15 – Preconceito ao dependente químico

Nesta aula refletiremos juntos quais são as consequências da rejeição e do preconceito ao usuário de drogas e como podemos ajudá-los no processo em busca da recuperação.



Figura 15.1: Vazio

Fonte: © Robert Adrian Hilman / www.shutterstock.com

Este é um assunto extremamente importante no processo da dependência química. É o assunto que trata da dificuldade que as pessoas encontram sejam elas familiares ou mesmo os dependentes químicos a buscarem ajuda essencial.

Esta dificuldade existe por varias razões:

- O preconceito, os estigmas e os mitos que rodeiam os dependentes e as famílias que têm problemas com drogas.
- A falta de conhecimento sobre a doença da dependência.
- A Co-dependência.
- Questões financeiras.

O preconceito, os estigmas e os mitos que rodeiam dependentes e as famílias que têm problemas com drogas.

É comum pessoas que estão envolvidos com drogas serem taxados de vários adjetivos negativos, serem olhados com indiferença. Muitos pais serem questionados na educação de seus filhos, serem responsabilizados pelos atos negativos deles, serem excluídos de seus meios sociais.

É comum a sociedade buscar o afastamento de envolvidos com drogas, principalmente, quando falamos em ternos de companhia, como se a dependência fosse uma doença contagiosa e a simples amizade já significasse o imediato contágio. Este afastamento não atinge tão somente o usuário, mas toda a sua família.

É comum dependência química ser sinônimo de bandido, delinquente, vagabundo, desajustados e mais sinônimos e outros adjetivos neste gênero.

Para a psicologia, quando estigmatizamos ou somos em demasia rotulados, o inconsciente acaba assumindo para si tais estigmas. Por várias vezes conversando com pessoas dependentes elas me perguntavam o porquê perder tempo com eles. Diziam que eles não valiam nada e assim muitas vezes duvidavam até mesmo de nossa ajuda.

Quantas famílias acabam por ficarem totalmente doentes emocionalmente por se culpar pela doença do filho, atingindo estágios elevados de co-dependência devido a estes fatores externos que são os estigmas e o preconceito.

Com todos estes preconceitos, rótulos, estigmas quem se habilitaria a assumir a dependência? Como que a família estaria disposta a assumir tal doença e assim buscar ajuda?

Para ler e refletir...

Aqui cabe uma reflexão: não é somente o ente dependente que provoca uma co-dependência na família, mas de uma maneira a própria sociedade também tem sua co-responsabilidade, pois diante de tanta pressão interna e de toda execração social devido aos preconceitos, rótulos, qual pessoa consegue resistir a tudo isso e não acabar por adoecer também?

A dependência tem suas características específicas que já impedem a pessoa de procurar ajuda e com estes fatores externos complica mais ainda esta tomada de atitude.

http://www.paralerepensar.com.br/ataide_drogas.htm

O preconceito contra o usuário de drogas é acentuado pela escalada da violência relacionada ao tráfico, destacada pela mídia. Muitas pessoas acreditam que todo usuário de droga está ligado ao crime. A vergonha é um dos obstáculos que os familiares precisam aceitar para o tratamento da dependência química que é um problema em casa.

<http://helianepsi.blogspot.com/2009/04/preconceito-contra-usuario-de-droga-e-o.html>

A falta do conhecimento certamente é o caos para um aprofundamento da dependência química seja ela na pessoa que a adquiriu, seja na família. Devido a vários fatores acima citados e também a outros de responsabilidade da família seja ela por ignorância, seja por comodidade, seja pela estrutura social cultural familiar, seja pela família estar de certa forma envolvida pelos seus conceitos de valores que levam a comportamentos que propiciam as drogas, seja pela ignorância no sentido de não se interessar pelo assunto por acreditar que isto jamais atingirá seu lar. Enfim, vários outros fatores também colaboram a não buscarem informações.

Não se deve buscar o conhecimento sobre este assunto quando vive o problema tão somente, mas sim, como meio preventivo.

É fundamental que ocorra um trabalho de conscientização onde possa reverter este quadro de inércia, de comodismo levando as famílias a saírem do conforto de suas casas buscando informações e assim, tenham um maior conhecimento sobre a dependência química podendo estar preparada e com as ferramentas certas caso venha a ter problemas de drogas no lar.

A informação sobre este tema dever ser constante e de formação permanente. Todos são responsáveis nesta formação desde as empresas, as entidades religiosas, as instituições governamentais ou privadas. É mais fácil uma empresa, instituições governamentais, repartições públicas, entidades religiosas conseguirem levar as famílias a participarem de encontros e assim adquirem conhecimento do que voluntários simplesmente promoverem tais encontros. É preciso investimentos de recursos financeiros, disposição e prioridade para levar a prevenção às crianças, jovens, mas, sobretudo às famílias.

Aula 16 – Aspectos psicopatológicos da droga

A aula de hoje, o ajudará a identificar os aspectos psicológicos das pessoas que utilizam a droga. Como a droga pode interferir nos pensamentos e raciocínio, prejudicando seu comportamento consigo mesmo e durante seus relacionamentos com outras pessoas.

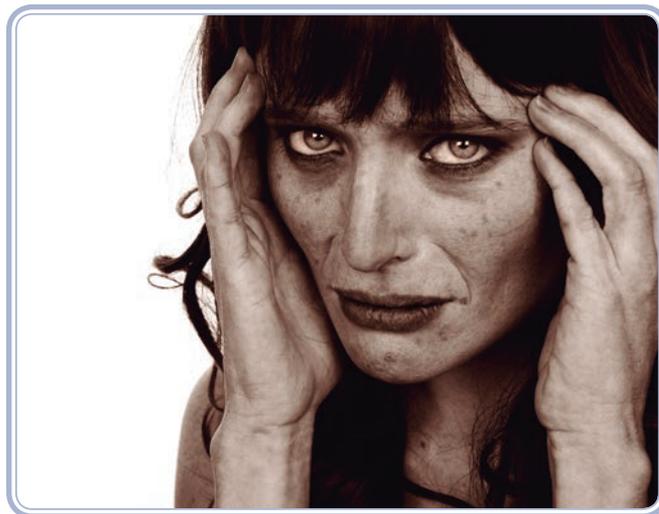


Figura 16.1: Distúrbio

Fonte: © Laurin Rinder / www.shutterstock.com

16.1 Toxicomania

É importante refletir sobre os aspectos até aqui tratados, pois quando se trata de psicopatologia, corremos sempre o risco de cometer equívocos. Os limites entre o normal e o patológico são muito tênues e também marcados por convenções sociais e critérios culturais.

Qualquer descuido, principalmente no campo da dependência química, pode nos levar a mera categorização, posto que não se possa reduzir o fenômeno a questão da substância que causa efeitos psicopatológicos em geral. Não podemos nos esquecer que aquele indivíduo, pronto a ser categorizado, é um sujeito com todas as suas singularidades. Não existe uma personalidade toxicomania ou alcoólica, existem toxicômanos e alcoólicos. Se não tivermos isso em mente, é muito provável que utilizemos a psicopatologia como uma ciência que apenas classifica o paciente segundo categorias devidamente rotuladas.

Cada pessoa possui variações absolutamente individuais que não nos permitem falar de um «modelo toxicômano». Essas variações dependem do momento de vida em que o indivíduo se encontra, da sua história pessoal, de sua interação com os outros, enfim, de uma série de fatores que dificultam qualquer tipo de ajuda que esteja baseada na tentativa de estabelecimento de um paradigma.

A questão da relação entre o uso de álcool e de outras drogas e os processos psicopatológicos é problemática, pois as perturbações que se apresentam podem ser compreendidas como causa, como efeito, ou como efeito secundário. Podemos discutir sobre manifestações de psicoses em toxicômanos, ou de toxicomanias em psicóticos, assim como podemos também chegar à constatação da presença de sintomas psicopatológicos anteriores a dependência. Mas todas essas possibilidades são hipóteses a serem confirmadas em diagnósticos minuciosos, individuais, cuja elaboração demanda tempo e um cuidadoso trabalho de observação e escuta por parte do profissional, durante o tratamento. Reduzir o fenômeno ao campo da psicopatologia nos faz perder de vista suas dimensões existencial, fenomenológica e sociocultural.

Ressaltar os limites e a complexidade de uma psicopatologia da dependência química não significa desmerecer suas contribuições. A psicopatologia pode examinar e classificar as perturbações que ocorrem quando em uma situação de uso abusivo: estados confusos, surtos psicóticos, alucinações, alterações da percepção espaçotemporal, alterações da imagem corporal, overdoses, etc. Essa contribuição é válida, quando não pretende abranger o fenômeno como um todo e principalmente quando está voltada para o sujeito e não para a categoria. Enfim, a psicopatologia tem seu escopo de ação na dependência química e tende, a partir da contribuição que tem sido dada por profissionais especializados, a ampliar seu campo.

http://www.vivatrancuilo.com.br/saude/colaboradores/carla_mourao/aspectos_psicopatologicos/mat2.htm

16.2 O espelho partido



Figura 16.2: Espelho partido
Fonte: © javis gray / www.shutterstock.com

Imaginamos que, muito precocemente, a criança futuro toxicômano sofre um traumatismo que chamamos “o estágio do espelho perdido” (Isto mesmo, pois na psicanálise perdido é sinônimo de partido.) Este estágio está posicionado, intermediariamente, entre a criança psicótica (estágio do espelho impossível) e a criança normal (estágio do espelho

realizado). Tudo se passa como se, no momento em que se olhasse no espelho estruturador de sua identidade, este então se partisse. As razões dessa quebra são múltiplas. A lembrança da quebra do espelho é que marca o indivíduo, levando-o em seguida, através dos estágios seguintes, a uma série de verificações/repetições, as quais, por sua vez, o remetem a uma identidade impossível.

Os estudos psicanalíticos remetem em sua maioria as dependências químicas a certas formas de relação com o Outro nas primeiras etapas da vida. Olivenstein, um dos grandes teóricos das toxicomanias, estabelece uma relação entre o comportamento toxicomaniaco e algumas perturbações vivenciadas pelo bebê durante o estágio do espelho. Os vestígios dessa forma de vivenciar o espelho podem ser percebidos no discurso e na história de pacientes toxicômanos: uma significação particular que a criança tenha para a mãe, a ausência do pai, ou de seu nome, o peso da morte de um irmão mais velho, enfim, a forma particular como a criança viveu o estágio do espelho, como se o Outro estivesse quebrado, fissurado, no momento de suas identificações.

Olivenstein (1988; 1989; 1991), que por muitos anos trabalhou na clínica com toxicômanos, na França, remete-se a esse momento ao descrever os aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento do toxicômano. Este autor descreve o estágio do espelho partido como um primeiro momento característico na formação psíquica dos futuros toxicômanos. Duas frases resumem e definem suas concepções: “ser e não ser, eis aí toda a questão da criança que se tornará toxicômano” (Olivenstein, 1991, p. 85); “... toda toxicomania é substitutiva, máscara para não se enxergar no espelho que está quebrado” (Olivenstein, 1989, p.17).

Muito precocemente a criança, futuro toxicômano, sofre o traumatismo do estágio do espelho quebrado, o qual está posicionado entre a criança psicótica (estádio do espelho impossível) e a criança normal (estádio do espelho realizado). Isto se dá como se, no momento em que a criança se olhasse no espelho estruturador de sua identidade, este se partisse, sendo múltiplas as razões dessa quebra. Dito de outra forma é como se, ao descobrir a imagem de si, nesse instante preciso, o espelho se quebrasse, devolvendo uma imagem fraturada e uma incompletude, onde as brechas deixadas pelas ausências do espelho só podem remeter ao que havia anteriormente: a fusão, a indiferenciação. É a lembrança dessa quebra que marca o indivíduo, levando-o a uma série de verificações, repetições, que por sua vez o remetem a uma identidade impossível. É da incerteza inicial, de ser ou não ser, de ser amado ou não ser amado, de ser moça ou rapaz, que sofre o sujeito desde quando o espelho se quebra (Olivenstein, 1988; 1989; 1991).

Melman (2000) descreve esse momento a partir da inoperância da “fase do espelho”, em que o sujeito encontrasse diante do olhar vazio do Outro, olhar este que faria aprovação. Portanto, não havendo no Outro um olhar para organizar sua visão, o sujeito “não se vê”. Posteriormente, à procura da identidade perdida desde o início, o sujeito explora todas as vias que se oferecem a ele, em atitudes intensas e desmedidas. Desde o traumatismo da incerteza, esta criança irá tudo arriscar, tudo transgredir. Mas, nada irá colar os pedaços dispersos do espelho. No contexto familiar, dois elementos parecem frequentes: a negação do pai ou de seu nome e uma relação complexa, ambígua e contraditória, ao mesmo tempo “desejante” e rejeitadora, que é mantida com a mãe. Outro elemento significativo que pode ser encontrado é a substituição da criança no lugar de um outro (Olivenstein, 1988; 1989; 1991).

Se esta criança frágil se encontra com o produto (a droga), ela encontra-se pela primeira vez na presença de um objeto que lhe permite duas coisas: I) o preenchimento do vazio produzido pela quebra do espelho: II) a possibilidade aparentemente infinita de verificar, pela repetição, essa experiência inefável. Há, então, o encontro de uma falta com algo que transcende essa falta; e quanto mais importante for a falta inicial, mais totalitário será o efeito do produto. No entanto, quando a “lua de mel” com a droga se esgota, recomeça o grande medo de se reencontrar diante do caos inicial. E é nesse contexto que se constrói o estado de dependência (Olivenstein, 1988; 1989; 1991).

Como afirma Olivenstein (1991), não existe uma infância específica do usuário de drogas, mas pode-se dizer que existem acontecimentos, fatos específicos na infância do toxicômano, onde são produzidas uma ou diversas rachaduras. São estas situações específicas que pretendemos observar e não só isso, mas também buscar intervir precocemente a fim de verificar a possibilidade de uma prevenção primária para a toxicomania, através da intervenção precoce, que se dá durante a formação e construção do sujeito desde os seus primeiros meses de vida.

<http://www.prac.ufpb.br/anais/IXEnex/extensao/documentos/anais/6.SAUDE/6CCSDMIPEX01.pdf>

16.3 Estágio do excesso

16.3.1 Aspectos psicológicos

À procura da identidade perdida desde o início, o sujeito vai explorar todas as vias que se ofereçam a ele. Consta-se que ela é passada pela desmedida, ou seja, pelo exagero. Mesmo pequena a criança se vê diante do imenso

campo dos terrores noturnos, quando maior ela participa de uma verdadeira violência lúdica. Ela é constantemente obrigada a alucinar o real, a vida escolar é ritmada por impossibilidades, demissões e exclusões. Nesse ponto ela já é um provocador e um perseguido/perseguidor.

É nesse contexto de excessos que os laços familiares se constroem, ainda que a tendência atual seja de dissimular ou de ignorar a participação familiar numa tal construção. Entretanto, mesmo reconhecendo o papel da oferta da droga nesse contexto, seria contrário à realidade científica minimizar a participação de famílias perturbadas e perturbadoras: a criança é colocada e se coloca na situação de “idiota da família”.

Sua participação tem um papel estratégico importante na economia familiar. É no interior desse sistema que melhor e mais profundamente se desenvolvem as verificações/exclusões que o caracterizam. Por outro lado existe um grau de “idiota” que é compartilhado na posição fraterna e do qual conseqüentemente dependerá a magnitude da quebra do espelho.

É neste ponto, o ponto das sensações e os sentimentos vivenciados exacerbados que se inicia todo o excesso. A partir de então, com o prosseguimento do processo biológico e psicológico de envelhecimento, o futuro toxicômano tem nas mãos os pedaços esparsos do espelho, e tenta se constituir uma personalidade.



Figura 16.3: identidade

Fonte: © Naci Yavuz / www.shutterstock.com

Resumo

Nesta aula vimos como a droga manifesta reações psicopatológicas no indivíduo e quais são os estágios existentes e como se desenvolve no campo psicológico.

Pudemos compreender de que forma o indivíduo se encontra com a droga e como é seu pensamento a respeito dela.



Assista ao filme: “Meu nome não é Jhonny”. Aproveite para ver o trailer no *link* abaixo.

http://www.youtube.com/watch?v=0uFXVu3lV_c&list=PLFC1948B4F5481056&index=11&feature=plpp_video



Atividades de aprendizagem

1. Qual o processo psicológico do espelho partido?

2. Qual é o momento fundamental para a estruturação futura da personalidade do ser humano?

Aula 17 – A desintoxicação

No processo de desintoxicação várias situações são extremamente importantes para seu bom resultado. Nesta aula, aluno, você saberá quais são as características essenciais para essa conquista.



Figura 17.1: desintoxicação

Fonte: © Konstantin Sutyagin / www.shutterstock.com

Para muitos alcoólicos e dependentes químicos, uma clínica de desintoxicação é o início de um processo de tratamento. Uma forma de se definir desintoxicação: é o processo pelo qual uma pessoa que está fisicamente dependente do álcool, drogas, fármacos, ou por uma combinação dessas substâncias é limpa da dependência da droga ou de drogas. Mais ainda é um período de reajustamentos físicos e psíquicos necessários para prosseguir para o tratamento.

17.1 Objetivos da Desintoxicação

O termo desintoxicação implica a limpeza de toxinas. Para a maioria dos alcoólicos e dependentes de outras substâncias, a remoção das drogas dos seus corpos é sem dúvida o necessário no processo de desintoxicação. Contrariamente ao tratamento de pacientes que estão fisicamente dependentes do álcool e outras drogas, cuja desintoxicação também inclui um período em que a fisiologia do organismo tem que se ajustar a abstinência de drogas e / ou álcool.

A desintoxicação consiste na retirada gradual da substância em situações controladas. Algumas vezes, uma droga com efeito similar é substituída durante o processo de abstinência, para reduzir os sintomas de desconforto e os riscos associados com a abstinência. O processo é realizado em ambulatório ou em hospital, dependendo da substância.

Contudo a desintoxicação não é um tratamento para um comportamento de abuso de drogas e/ou álcool. É sim um procedimento para aliviar sintomas de ressaca, em curto prazo, provocados pelo afastamento das substâncias. A desintoxicação deve incluir um período de reajustamento psíquico destinado a preparar o paciente a dar o próximo passo.

<http://www.clinicadegaia.com/objectivos.html>

17.2 Processo de desintoxicação

Nesta situação é importante avaliar três variáveis:

- O USUÁRIO: personalidade, fisiologia, motivação para o uso da droga, expectativa quanto ao efeito, medo, etc.
- O CENÁRIO: se o local é seguro ou ameaçador, estranho ou familiar, acolhedor ou apertado, tranquilo ou agitado, quente ou frio, barulhento ou quieto, o que está ocorrendo em volta, hora do dia, etc.
- A DROGA: tipo de droga, quantidade, quantas vezes foi usada, como foi administrada (fumada, aspirada, ingerida, injetada), se já era usada antes, durante quanto tempo, grau de pureza da droga, se misturou algo com a droga, etc.

Apenas quando a somatória desses três fatores é negativa, a pessoa necessitará de ajuda. O socorrista, quando for atender, pode ser de grande ajuda:

- Sendo tranquilizador, não ameaçador;
- Colocando a pessoa em lugar calmo, não barulhento;
- Mantendo a temperatura agradável;
- Interferindo de forma valiosa na modificação do hábito de usar drogas;
- Explicando para o usuário os efeitos ocorridos;
- Explicando os efeitos da droga.

<http://www.cenpre.furg.br/intoxica.htm>

A desintoxicação é vivida como uma propedêutica ao que vai se seguir tenha sucesso ou não. Ela deve introduzir na memória do sujeito uma lembrança suficientemente satisfatória, mesmo na sua parte dolorosa, para que ele faça uma primeira comparação com o duo do sujeito e o seu produto.



Figura 17.2: Diga não!
Fonte: © Ziablik / www.shutterstock.com

Resumo

Hoje na aula estudamos os seguintes pontos importantes no processo de reabilitação do usuário de drogas:

- Objetivos da desintoxicação.
- Processos de desintoxicação e suas variáveis.

Atividades de aprendizagem

1. Qual é o objetivo da desintoxicação?

2. Cite 3 características de ajuda do socorrista no processo de desintoxicação.



Acesse o *link* abaixo e assista um trecho de uma reportagem sobre drogas.
<http://www.youtube.com/watch?v=GRz4BQBmEJw&feature=related>



Aula 18 – Prevenção familiar

Como a prevenção familiar se torna importante para que as pessoas não utilizem drogas? Na aula de hoje, aluno, você saberá quais os meios de orientação mais coerentes que as famílias pratiquem como forma de evitar que algum membro familiar se interesse por qualquer droga causando maiores dificuldades.



Figura 18.1: grupo de apoio

Fonte: © Sychugina / www.shutterstock.com

18.1 Como orientar as famílias

A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizado, dentre as várias propostas.

O modelo sistêmico considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar.

Antes de tudo, pode-se tentar prevenir o uso indevido dos narcóticos mantendo a família bem informada sobre todos os pontos que envolvem o problema. Educação, qualidade e valorização da vida são fundamentais para tentar evitar que a pessoa se torne um dependente.

Na perspectiva sistêmica, um dependente químico exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso a dependência química faça parte do seu funcionamento e muitas vezes, a sobriedade pode afetar tal homeostase.

A participação da família é essencial para adolescentes e adultos no processo de desintoxicação e reconstrução das características pessoais.

A cooperação, o guiar e o ensinar a família fazem parte do processo terapêutico no tratamento do dependente químico.

http://adroga.casadia.org/codependencia/co-dependencia_tratamento_familia_dependencia.htm

18.2 A importância da família no tratamento

A família é fundamental para o sucesso do tratamento da dependência química. Pensar que tudo se resolverá a partir de uma internação ou após algumas consultas médicas é uma armadilha que não poupa a mais sincera tentativa de tratamento. A dependência é um problema que se estruturou aos poucos na vida da pessoa. Muitas vezes, levou anos para aparecer. Muitas coisas foram afetadas: o desempenho escolar, a eficiência no trabalho, a qualidade dos relacionamentos, o apoio da família, a confiança do patrão, o respeito dos empregados.

Quem decide começar um tratamento se depara com os sintomas de desconforto da falta da droga e, além disso, com um futuro prejudicado pela falta de suporte, que o indivíduo perdeu ou deixou de adquirir ao longo da sua história de dependência.

Porque a família é importante para o tratamento? Todos podem ajudar: o patrão, os amigos, os vizinhos, mas o **suporte maior deve vir da família**. As chances de sucesso do tratamento pioram muito quando a família não está por perto. Veja porque a família é tão importante:



1. O dependente muitas vezes não tem a noção completa da gravidade do seu estado.

Por mais que deseje o tratamento, acha que as coisas serão mais fáceis do que imagina. Por conta disso, se expõe a situações de risco que podem levá-lo de volta ao consumo.

2. O dependente sente a necessidade de 'se testar', expondo-se a situações de risco para ver se seu esforço está valendo a pena.

A família deve ajudá-lo estabelecendo com o dependente, regras que ajudem a afastá-lo da recaída. Todo o tratamento começa com um mapeamento dos fatores e locais de risco de recaída. A família deve ajudar o dependente a evitar esses locais. Isso não deve ser feito de modo policial. Não se trata de fiscalizar. Trata-se, sim, de chamá-lo à reflexão e a responsabilidade sempre que esse, sem perceber ou se testar se expuser ao risco da recaída.

3. O dependente sente dificuldades em organizar novas rotinas para sua vida sem as drogas.

O dependente de drogas precisa de apoio para superar as dificuldades e estabelecer um novo modo de vida sem drogas. Vários fatores interferem nessa tarefa. A pessoa pode estar fora do mercado de trabalho há muitos anos, desatualizada e sem contatos que lhe proporcionem voltar em curto prazo. Pode ter saído da escola muito jovem e agora está pouco qualificado para um bom emprego. Há dificuldade em se relacionar com as pessoas, aguentar as frustrações, saber esperar a hora certa para tomar a melhor atitude. A autocrítica do dependente por vezes é dura consigo. Deixa um clima depressivo e de fracasso no ar. Isso pode fazer com que os planos para o tratamento sejam deixados de lado.

4. A família no tratamento mostra que o diálogo ainda existe.

18.3 O que pode atrapalhar a participação da família?

1. O dependente sabe mais sobre drogas do que a família.

A família é pouco informada sobre a questão das drogas, em especial as drogas proibidas (ilícitas). A pouca informação que a família possui vem dos meios de comunicação e de outras pessoas. Geralmente são distorcidas e sensacionalistas. O assunto é tratado de modo assustador. As drogas são apresentadas como algo demoníaco. Isso deixa os pais e filhos longe de um entendimento. Cria-se um clima de guerra, tudo é muito terrível e ameaçador. A família deve se informar primeiro! Além disso, não deve ter medo de dizer ao dependente que não entende do assunto. Afirmar algo sem saber o que se está dizendo, aumenta ainda mais a distância e a chances de diálogo.

2. A família fica sem saber qual a sua função.

As drogas provocam mudanças importantes na vida familiar. Pais estão acostumados a serem os mentores dos filhos. De repente os filhos entram num campo desconhecido. Passam a saber de coisas que os pais não têm a mínima noção. Quando o dependente é um dos pais, os filhos vêem-se em uma situação igualmente confusa: como interferir na vida daquele que os criou e ensinou como as coisas deveriam ser? Sem saber o que fazer com sua autoridade (abalada), muitos optam pelo autoritarismo. Isso só deixa o relacionamento ainda mais deteriorado.

3. A família já tinha problemas muito antes da droga aparecer.

Famílias com problemas podem se constituir num fator de risco para o aparecimento do consumo abusivo de drogas entre seus membros. Não que a desestrutura seja a única causa ou a causa mais importante, mas pode contribuir. Desse modo, o tratamento da dependência passa pela avaliação da família e pela necessidade de seus membros também procurarem orientação e tratamento. Estudos mostram que vítimas de maus tratos, a presença de consumo problemático de drogas entre os mais velhos, violência, ausência de rotina familiar e a dificuldade dos pais em colocar limites nos filhos aumenta o risco do surgimento de dependência entre os seus membros. Desse modo, a cura passa a ser responsabilidade não só de dependente, mas de todos que o cercam.

4. A família culpa o dependente ou se culpa.

Apontar culpa é exercer um julgamento. O veredicto de um julgamento é uma conclusão. Não precisa ser interpretado, entendido. Deve ser cumprido e pronto. Não há mais o que fazer... Esse é um grande erro que a família comete. Se os pais ou os filhos se culpam ou culpam alguém pelo que fizeram ou deixaram de fazer no passado acabou-se a possibilidade de seguir adiante. *Ninguém tem culpa da situação, mas todos podem assumir responsabilidades para solucionar o problema!* A presença desse espírito por parte de todos durante o tratamento melhora as chances de recuperação do dependente. Além disso, é uma grande oportunidade para sanar as dores e os ressentimentos que se acumularam debaixo do tapete e que agora, apesar de volumosos, ninguém quer ver.

5. Falta uma figura neutra.

Por tudo o que já foi dito anteriormente, a análise do problema pela família e pelo dependente encontra-se distorcida. Muitas vezes pais e filhos (não importando quem seja o dependente) confundem a inabilidade de ambos em lidar com o problema, com as dores e ressentimentos

que rolaram no passado. Qualquer família erra, deixa de fazer ou mesmo traumatiza seus membros. Por outro lado também lhe dá habilidades e compensações para minimizar ou superar essas perdas. Esse não é um caminho frutífero. Se a conversa não é mais possível, ou se só é possível dessa maneira, é sinal que chegou a hora de buscar uma figura neutra. Ela pode ser o profissional capacitado, que se incumbirá de dar o tom do tratamento e ouvirá os dois lados. Antes de chegar ao tratamento, outras figuras neutras importantes podem ser evocadas para facilitar o processo: um tio respeitado por todos, um amigo, o líder da comunidade, o padre, o pastor, enfim pessoas que gozem da confiança de todos os membros da família.

http://www.clinicasderecuperacao.com.br/artigos/importancia_da_familia_no_tratamento.html



Figura 18.2: Família

Fonte: © Yaruta Igor / www.shutterstock.com

Para ler e refletir...

ERRAR, ERRAR DE NOVO, ERRAR MELHOR.

A família no tratamento significa buscar um novo elo entre os seus membros. Um novo casamento, uma nova criação dos filhos, uma nova imagem do pai e da mãe. O caminho novo a seguir é incerto e por isso sujeito a erros. Muitos erros surgirão. Impossível não errar dentro de uma situação tão complexa como essa. Aliás, só não cometem erros aqueles que nada tentam... A todo instante tais erros precisam ser conversados, discutidos a fundo entre os membros e a equipe profissional que os assiste. Tratar o dependente não se resume à busca pela abstinência. É também a construção de um novo estilo de vida. Para o dependente e para a família.

Fonte: Einstein Álcool e Drogas

http://www.clinicasderecuperacao.com.br/artigos/importancia_da_familia_no_tratamento.html

18.3.1 Características presentes em famílias de dependentes químicos

O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente as reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza. Este impacto pode ser descrito através de quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e álcool:

1. Na primeira etapa, é preponderantemente o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento e as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem.
2. Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas consequências físicas e emocionais, no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas na família.
3. Na terceira fase, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus e assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso de álcool e drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em decorrência do alcoolismo do marido, ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em consequência do uso de drogas da mãe.
4. O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros. A situação fica insustentável, levando ao afastamento entre os membros gerando desestruturação familiar.

Embora tais estágios definam um padrão da evolução do impacto das substâncias, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, mas indubitavelmente existe uma tendência dos familiares de se sentirem culpados e envergonhados por estarem nessa situação. Muitas vezes, devido a esses sentimentos, a família demora muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que corrobora para agravar o desfecho do caso.

Aula 19 – Métodos de utilização terapêutica

Na aula de hoje, caro aluno, você verá alguns métodos de utilização terapêutica eficientes para o processo de recuperação de um usuário de drogas. A importância de cada método possui sua característica e sua forma de manifestação.



Figura 19.1: Observação

Fonte: © Igor S. Srdanovic / www.shutterstock.com

19.1 Observação

Desde a **introspecção** ao **método clínico**, o estudo da psicologia passa pela observação dos fenômenos psíquicos. A realização da observação isolada do método experimental sucede por, em determinadas ocasiões e por motivos práticos, não ser possível o recurso ao método experimental.

Contudo é sempre possível estabelecer hipóteses e recorrer a técnicas de observação que permitam a verificação das hipóteses sem passar pela experimentação.

As condições em que essa observação é produzida levam a identificar diferentes formas:

- Laboratorial – Produzida em condições controladas.
- Naturalista – Elaborada no meio natural em que se desenrola a situação.
- Invocada – Realizada a partir de situações ocasionais e em que as condições não são controladas nem previstas.

<http://projectopsicologia.webnode.com/metodo%20da%20observa%C3%A7%C3%A3o/>

A observação familiar no processo de tratamento do dependente químico é essencial para o início de um progresso vitorioso. A família, uma vez observada pelo profissional de psicologia, torna o processo terapêutico um poderoso aliado ao membro doente. Essa observação baseia-se em todas as atitudes e/ou comportamentos dessa família como conversas entre si, momentos do dia a dia, fatos, ações, ou seja, tudo o que a família executa em conjunto ou para com o dependente em questão.

19.2 Avaliação

Uma avaliação familiar pode ser um grande auxiliar no planejamento do tratamento; fornece dados que corroboram com o diagnóstico do dependente químico, bem como funciona como forte indicador do tipo de intervenção mais adequado tanto à família quanto ao dependente.

A avaliação detalhada do quanto, como e onde se dá o consumo de drogas pelo adolescente fornece informações sobre o grau de envolvimento com a droga e a gravidade do quadro clínico. Esta avaliação é especialmente importante na elaboração da estratégia de tratamento.

Perguntas sobre o envolvimento em atividades ilegais devem ser feitas, uma vez que este é, em grande número de casos, o motivo que leva o adolescente a procurar ajuda profissional. Outras áreas que devem ser avaliadas sistematicamente são o desempenho escolar - muitas vezes prejudicado pelo uso de drogas - e a vida sexual.

http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11229&rastrro=Tratamento

O exame clínico completo, juntamente com o exame neurológico (pensamento, memória, expressão motora e verbal), deve fazer parte da avaliação de todo adolescente que faz uso de drogas. Ainda que alterações físicas nessa faixa etária sejam menos frequentes que nos adultos, deve-se sempre estar atento para sinais e sintomas de alterações físicas e psicológicas decorrentes de intoxicação por drogas (agudas) ou crônicas, que são aquelas que se manifestam após período prolongado de uso de drogas.

A avaliação da família e do contexto social do adolescente é obrigatória, uma vez que são fatores importantes no início e na manutenção do uso de drogas. Além disso, são aspectos fundamentais no processo de tratamento desses adolescentes. Deve-se, portanto, investigar se há outros casos de dependência na família, assim como antecedentes familiares de criminalidade relacionada ao uso/abuso de drogas e abusos sexuais. A forma como a família enfrenta ou enfrentou tais situações também é importante e deve ser conhecida, pois irá embasar o trabalho familiar a ser desenvolvido.

http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11229&rastra=Tratamento

19.3 Diálogo

A questão do diálogo na psicoterapia sempre foi e sempre será um assunto primordial. Salvo raras exceções, mesmo quando o objetivo central da terapia não é o aspecto dialético, ou seja, a argumentação, a discussão e a controvérsia, o diálogo tem seu espaço preservado.

Etimologicamente, diálogo significa conversação entre duas pessoas, troca, familiaridade. Duas pessoas que se disponham ao diálogo buscam tornarem-se



Figura 19.2: Diálogo

Fonte: © AISPIX / www.shutterstock.com

mais conhecidas uma da outra, mais próximas, cientes e sabedoras de algo particular do outro, enfim, consciente daquele indivíduo que compartilha um universo composto de mundos particulares, peculiares e diferentes do seu em suas experiências e suas vivências. A família no tratamento mostra que o diálogo ainda existe.

<http://www.existencialismo.org.br/jornalexistencial/edu-dialogico.htm>

A rotina da dependência química traz ressentimentos para todos. Muita roupa suja vai ser lavada. No entanto, é preciso entender que se trata de uma doença. Em um primeiro momento a motivação do dependente para a mudança e do apoio da família para mantê-lo motivado são importantíssimos. Isso demonstra que a família ainda é capaz de se unir, conversar e resolver seus problemas. Quando o momento de ir para o tanque chegar, todos estarão fortalecidos e o assunto será tratado com mais ponderação e menos emoção.

http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/orientacoes_familia.htm

19.4 Atitude

A família no tratamento significa buscar um novo elo entre os seus membros. Um novo casamento, uma nova criação dos filhos, uma nova imagem do pai e da mãe. O caminho novo a seguir é incerto e por isso sujeito a erros. Muitos erros surgirão. Impossível não errar dentro de uma situação tão complexa como essa. Aliás, só não cometem erros aqueles que nada tentam... A todo instante tais erros precisam ser conversados, discutidos a fundo entre os membros e a equipe profissional que os assiste. Tratar o dependente não se resume à busca pela abstinência. É também a construção de um novo estilo de vida. Para o dependente e para a família.

http://www.clinicacpr.com.br/materia_a_importancia_da_familia_2.html

Resumo

Na aula sobre métodos terapêuticos visualizamos alguns dos mais eficazes e importantes para o diagnóstico e para a reabilitação do dependente químico que são:

- Observação;
- Avaliação;
- Diálogo;
- Atitude.



Atividades de aprendizagem

1. Qual é a função da técnica de observação nos métodos de utilização terapêutica?

Aula 20 – Encaminhamento se necessário

Querido aluno, chegamos a nossa última aula, portanto, esperamos ter contribuído com o seu conhecimento e reflexão sobre as drogas, suas características, quem as usa e como podemos evitar que essas drogas que estão livres cheguem ao nosso lar. Na aula de hoje, aluno, veremos juntos quais são as oportunidades de recuperação e quais as características de cada método, onde favorecerá cada um na sua necessidade e na sua escolha.



Figura 20.1: Ajuda

Fonte: © Yuri Arcus / www.shutterstock.com

20.1 Em busca da cura

A maioria dos estudos revela que as pessoas que pedem auxílio tentarão melhorar em termos de intensidade ao uso da droga e em termos de ajustamento social durante os meses que se seguem ao tratamento. Entretanto, mesmo formas de tratamento muito intensas e dispendiosas não parecem assegurar essa melhora. Se fizermos ajustamentos para as características de pessoas que entram em diferentes programas de tratamento, a melhora tanto pode ocorrer com um tratamento breve e simples como um tratamento mais complexo e caro.



Acesse o *link* abaixo e assista a animação sobre drogas hospedada no youtube.
<http://www.youtube.com/watch?v=LoUe8z9Tffs&feature=related>

20.1.1 Psicoterapia

O tratamento psicológico pode auxiliar e/ou complementar o tratamento psiquiátrico/medicamentoso e/ou funcionar como suporte motivacional e auxiliar na manutenção da abstinência. O psicólogo pode seguir diferentes linhas e independente da linha que siga irá sempre procurar trabalhar o lado emocional ligado ao problema sem receitar medicamentos. Muitas linhas psicológicas consideram a família do paciente um componente importante do tratamento e por isso o seu envolvimento é bastante frequente. Existem diversos tipos de tratamentos psicológicos, em grupo ou individuais, que atendem às diferentes necessidades/características das pessoas. A linha mais utilizada atualmente é a chamada cognitiva. Pode-se usar também a linha comportamental, com treinamento de habilidades, entre outras. A psicanálise clássica, não se mostrou eficaz. É importante deixar claro que, se o paciente precisar ser medicado ou passar por uma desintoxicação deverá procurar um psiquiatra.

As técnicas especiais, como as várias psicoterapias, podem, em algum momento, prestar uma importante contribuição a um programa de tratamento individual. No entanto, é vital prestar-se atenção a gama sutil e importante de acontecimentos que ocorrem sempre que um paciente e um terapeuta se encontram e começam a interagir – o que, quando e como do que é sentido e dito e feito entre eles.

O trabalho terapêutico só terá probabilidade de dar resultado se seus esforços estiverem de acordo com as reais possibilidades de mudança do indivíduo, de sua família e de seu ambiente social. O trabalho básico da terapia diz respeito aos estímulos e apoio ao movimento através dessas vias “naturais” da recuperação. O trabalho básico do tratamento requer um imenso respeito pelos ganhos e a terapia sempre deve ser adequada às necessidades individuais.

http://www.clinicasderecuperacao.com.br/tratamentos_modalidades.html

A relação entre paciente e terapeuta é fundamental, seja para aquilo que pode se conseguir a cada sessão terapêutica, seja para as modificações que podem ser conseguidas ao longo do tempo. Essa relação começa a ser construída no primeiro momento do contato, desenvolve-se durante a entrevista ou as entrevistas de avaliação. É necessária para a eficácia do aconselhamento inicial e para o estabelecimento de objetivos e continua daí em diante, como o componente basicamente mais importante da terapia. “O que se diz” importa, mas não pode ser abstraído dos sentimentos das pessoas que estão realizando o falar e ouvir.

A manutenção da continuidade dos propósitos.

Tanto o paciente como o terapeuta devem manter um sentido de progresso e não perder de vista seus objetivos. Existem alguns caminhos como:

- Utilizando-se a formulação inicial e o estabelecimento de objetivos.
- Conferindo-se os avanços.
- Estabelecendo-se a próxima tarefa em curto prazo.

20.1.2 Clínica ambulatorial



Figura 20.2: estetoscópio

Fonte: © ayzek / www.shutterstock.com

O tratamento da Dependência Química é um processo que conta com várias ações: psicoterapia, medicamento, internação etc.

Entretanto não são todas as pessoas que necessitam de todas as ações. O tratamento deve ser individualizado, ou seja, ele deve ser projetado de acordo com as necessidades do paciente e da família. Tratamento do tipo “pacotes”, nos quais todos os pacientes passam pelas mesmas ações invariavelmente e independentes da substância que usem, dos problemas que têm ou da gravidade da dependência, podem funcionar para um subgrupo de pessoas, mas não para todas. Não existe um tratamento único que atenda a todos os dependentes químicos. O terapeuta deve avaliar cuidadosamente cada caso, discutir com o jovem e com a família o plano de tratamento mais adequado. Alguns precisarão tomar medicamentos, outros não. A grande maioria não precisa ser internada, mas alguns precisam. Outros terão como indicação uma psicoterapia, ou terapia familiar, assim por diante. Só o terapeuta pode discutir com o cliente qual é a melhor opção para ele.

http://www.clinicasderecuperacao.com.br/tratamentos_modalidades.html

Quanto à Modalidade Ambulatorial: na maioria das vezes deve-se começar um tratamento pelo ambulatório. Pelo senso comum estabeleceu-se uma cultura de que tratamento de dependência química é sinônimo de internação. Tal atitude deixa muitos jovens com medo de ir ao médico ou ao psicólogo porque acham que já vão começar internando. A internação involuntária só pode ser realizada se houver risco de vida para o paciente ou terceiros. O tratamento ambulatorial é o tipo mais acessível de tratamento, não só pelo seu menor custo, como pelas “vantagens” que ele apresenta. Ao contrário do que se imagina o tratamento ambulatorial, pode também ser efetivo quanto à internação, pois procura tratar a pessoa sem tirá-la do ambiente no qual ela vive e nem afastá-la das tarefas do dia-a-dia. Também é possível desenvolver com o paciente um tipo de atendimento mais longo que inclua reinserção social, prevenção de recaída, etc. Quando o paciente é encaminhado para um serviço ambulatorial, a família deve estar envolvida no tratamento sendo que o paciente deve ter consciência da sua responsabilidade no processo. O educador deve, neste momento, orientar a família com relação à importância do problema e funcionar como retaguarda do paciente, acolhendo-o sempre que necessário.

<http://www.denarc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=21>

20.1.3 Hospital

A internação hospitalar é feita quando o profissional, que orienta o atendimento, percebe que a pessoa corre risco de vida, ou está colocando em risco a vida de terceiros, quando a própria pessoa prefere ser internada para se submeter ao tratamento, quando as tentativas ambulatoriais falharam, quando não tem uma rede de apoio familiar e social que o ajudará a ficar sem droga.

A internação pode variar de alguns dias até 6 meses, dependendo da necessidade do paciente. Internações acima de seis meses não são mais eficazes que as internações mais curtas. Preferencialmente a internação deve se restringir ao período de crise e ser o mais breve possível. Há os recursos das semi-internações que são o Hospital Dia onde, o paciente passa o dia no hospital e dorme em casa.

http://www.clinicasderecuperacao.com.br/tratamentos_modalidades.html

Entre as modalidades de tratamento das farmacodependências, a internação é frequentemente considerada como um dos procedimentos mais eficazes, indicado sobretudo nos casos mais graves. É habitual que, já no primeiro contato com o profissional de ajuda, os familiares de dependentes químicos manifestem a intenção de que o tratamento transcorra em regime de internação.

A internação do dependente químico pode efetivamente constituir recurso terapêutico privilegiado, desde que sua indicação seja procedente. Diversos

abusos vêm sendo cometidos nesta área, tais como internação compulsória indiscriminada de dependentes, internação de caráter punitivo, internação de usuários ocasionais de drogas, etc.

Desta forma, cabe a definição clara e objetiva dos procedimentos envolvidos na opção pelo tratamento dos farmacodependentes em regime de internação.

Propostas



1. Nas internações, devem ser obedecidos rigorosamente os critérios da Organização Mundial da Saúde bem como os da instituição na qual se dará o ato da internação;
2. Quando existirem casos de mais de um diagnóstico, ressalta-se a importância do diagnóstico apropriado em todos os seus componentes e com tratamento adequado;
3. Em todos os procedimentos de internação, os critérios e prescrições médicas devem ser seguidos rigorosamente quando da utilização de medicação;
4. Durante a internação, deve ser sempre mantido o critério de abstinência das drogas de adição que motivaram tratamento, quando este for um critério básico da instituição que realiza a internação;
5. A internação involuntária poderá ocorrer exclusivamente se a pessoa estiver correndo risco de vida ou proporcionando este risco a alguém;
6. É fundamental a apresentação na triagem de um programa básico com suas características definidas e programa de tratamento. Na alta, será fornecido pela equipe um parecer sobre o paciente. No momento da triagem não é necessário o parecer do médico;
7. Quanto às características institucionais, serão aquelas que atendam ao perfil do tratamento proposto, além de contemplar as exigências da legislação vigente para cada instituição;
8. Quando da internação da criança e adolescente, que estes possam ser recebidos pela instituição, mas que no prazo máximo de 24 horas, seja dada ciência ao conselho tutelar, ao juiz e à família.

<http://www.spiner.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=1469&page=2>

20.3.4 Comunidade terapêutica

Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos



Figura 20.2: grupo terapêutico

Fonte: © Andresr / www.shutterstock.com

O papel exercido pelas comunidades terapêuticas no tratamento psicossocial dos dependentes químicos tem sido muito importante, tanto em nível mundial como no Brasil. No decorrer dos últimos anos, com o crescente consumo de drogas, houve uma grande expansão dessas comunidades no país. Os principais problemas encontrados nessa expansão são a má qualidade de atendimento prestado por algumas comunidades e a falta de adequação para abrigar os dependentes em busca de tratamento.

<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>

Indivíduos dependentes de cocaína, álcool, opioides, múltiplas substâncias podem obter benefícios com o tratamento de longa permanência nas chamadas comunidades terapêuticas. Esses estabelecimentos são, geralmente, reservados para indivíduos com baixa probabilidade de beneficiar-se do tratamento ambulatorial, como por exemplo:

- a) História de múltiplas falhas no tratamento ambulatorial ou internações curtas;
- b) Grande prejuízo na capacidade de ressocialização e na habilidade para obter e manter atividade laboral;
- c) Necessidade de ambiente altamente estruturado para a modificação do estilo de vida.

Trata-se de uma das várias formas de abordagem para pacientes dependentes de substâncias, cuja indicação/recomendação deve ser adequada.

Muitas vezes, ao invés de ver o uso inadequado de substâncias psicoativas como uma doença (relativo ao modelo médico de doença), os programas das comunidades terapêuticas costumam considerar o consumo de substâncias como um comportamento desviado, ou seja, um sintoma do desenvolvimento inadequado da personalidade, relacionamentos sociais, habilidades sociais e econômicas.

As comunidades terapêuticas devem propor a reabilitação individual, social, e vocacional através de programas altamente estruturados, contando com profissionais capacitados e treinados em intervenções comportamentais relacionadas às dependências químicas.

Alguns dos elementos teóricos centrais das comunidades terapêuticas são:



- a) Revelar métodos adequados para proporcionar a modificação comportamental;
- b) Elaborar atividades que favoreçam o desenvolvimento da auto-estima e confiança dos seus membros;
- c) Proporcionar uma estrutura com membros com papéis adequadamente definidos;
- d) Apresentar um sistema que proporcione limites e recompensas, sempre adequadas;
- e) Utilizar a comunidade como um meio de aprendizagem social;
- f) As comunidades devem ter regras, normas e um sistema de valores adequados para a modificação do estilo de vida;
- g) Ter um processo de tratamento voltado para a reinserção social;
- h) Apresentar um “currículo” que ensine os membros da comunidade os elementos, processos e métodos para a manutenção da sobriedade, saúde e estilo de vida seguro.

As comunidades terapêuticas tradicionais mantêm uma política de “portas abertas” em relação à admissão no tratamento residencial. Isso, geralmente, gera um grande número de “candidatos” para o tratamento, embora as motivações sejam bastante variadas. Segundo algumas das regras das comunidades terapêuticas, a “idoneidade” e o “risco para a comunidade” são avaliados pelos coordenadores.

A “idoneidade” refere-se ao grau em que o paciente pode cumprir com as demandas do regime instalado e integrar-se nesse sistema. Aqui incluem aspectos como participação nos grupos, cumprimento dos trabalhos designados e convivência com normas e regras. O “risco para a comunidade” refere-se ao grau de periculosidade representado pelo paciente para aquela comunidade. Alguns dos critérios para exclusão dos pacientes em algumas das comunidades são: tentativas de suicídio, transtornos psiquiátricos graves (psicoses) e condutas antissociais permanentes.

As comunidades terapêuticas têm a sua regulamentação técnica estabelecida pela ANVISA – Resolução – RDC nº 101 de 30/05/2001. Elas são definidas como “serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial.

São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. “Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social”.

Como qualquer estabelecimento de saúde, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município em que está instalado. Também, como estabelecimento de saúde, deveria ser registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado. A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 997/80 criou nos Conselhos Regionais e no próprio Conselho Federal os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de direção médica.

Mais recentemente, a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1716/04, que objetiva garantir a fiel execução de resolução e leis anteriores, determina, dentre outros fatores:

- a) A inscrição nos CRM de empresa, entidade, instituição ou estabelecimento prestador e/ou mediador de assistência médica dar-se-á através do cadastro ou registro, obedecendo-se às normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;
- b) O cadastro ou registro de empresa, instituição, entidade ou estabelecimento deverá ser requerido pelo profissional médico responsável técnico, em requerimento próprio, dirigido ao conselho regional de medicina da sua jurisdição territorial;
- c) O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Emana-se dessa resolução que, para receber autorização dos conselhos de Medicina, necessariamente o estabelecimento de saúde terá que ter Diretor ou Responsável Técnico, sempre médico.

Reconsiderando a Regulamentação da ANVISA acerca das comunidades terapêuticas, não há qualquer determinação de cadastro ou registro em Conselhos de Medicina para funcionar como estabelecimento de saúde. Existe a conceituação 2.2 que determina que a “responsabilidade técnica pelo serviço junto ao órgão da Vigilância Sanitária dos Estados, Municípios e do Distrito Federal deve ser de técnico com formação superior na área de saúde e serviço social”.

No entanto, considerando que as Comunidades Terapêuticas propõem o tratamento de pacientes dependentes químicos, os quais frequentes vezes apresentam sintomas de síndrome de abstinência e outras doenças físicas e psiquiátricas, acredito ser necessária a presença de profissional médico especializado.

http://www2.uol.com.br/vyaestelar/clinicas_para_dependentes.htm

20.3.5 Religião



Figura 20.3: religião

Fonte: © Vibe Images / www.shutterstock.com

A religião é um caminho, um limite, é essencial para a vida do dependente e de sua família. Será que quando estou rejeitando seguir uma religião, seja ela qual for não estou de alguma forma querendo viver esta dimensão da vida sem limites?

Alguns adictos se convertem verdadeiramente durante a internação. Ao retornar ao lar, estão cheios de Deus e de esperanças em uma vida nova. No entanto, muitas vezes, encontra em casa um ambiente hostil com mágoas, ressentimentos, agressões verbais, lembranças passadas, carregado de insegurança e desconfiança.

Algumas famílias chegam até a desconfiar da conversão ou nem conseguem compreender, principalmente se não possuem uma vida de oração. E esta incompreensão, pode abrir as portas para uma recaída posterior.

A família do dependente precisa de tratamento e de conversão tanto quanto ele porque a droga desestrutura o relacionamento entre as pessoas e deixa marcas emocionais e comportamentais profundas nos membros da família, marcas estas que somente Deus pode curar e libertar.

A família, em diversos casos, considera que pequenos momentos de espiritualidade são suficientes ou quem sabe até desnecessários, pois acreditam que somente através do grupo que o indivíduo obterá um bom resultado. É importante ressaltar que o grupo os fortalece emocionalmente (trabalha a mudança de comportamento), mas precisam do fortalecimento espiritual para encontrar força, sabedoria, coragem e perseverança para praticar o que o lhes é proposto. E esta força, é encontrada praticando uma religião. O apoio do grupo religioso é muito importante para o crescimento espiritual.

Talvez o baixo índice de recuperação esteja nesta discrepância que existe na intensidade do tratamento do dependente e o tratamento da família.

Quando o dependente sai de uma internação, ele precisa buscar em primeiro lugar a Deus para que possa ter: força (para dizer não as drogas, a cada momento), coragem (para enfrentar desafios, trabalho, estudo, e possíveis frustrações), perseverança (para não desistir diante das dificuldades), sabedoria (para lidar consigo mesmo e com as pessoas, principalmente quando desconfiarem dele; o dependente tem uma tarefa difícil que é recuperar a confiança das pessoas), discernimento (para escolher novas amizades e lugares que deve frequentar), alegria (a verdadeira alegria brota do nosso relacionamento íntimo com Deus, a alegria é um dom de Deus).

Não são poucos os obstáculos e desafios que fazem parte da sua volta para casa e da sua reinserção na vida social. Uma espiritualidade definida e fortalecida não elimina as possibilidades de recaída, mas, com certeza diminui bastante os riscos.

Por Regina - Voluntária do Grupo São João Bosco de Amor-Exigente - São José dos Campos – SP
<http://www.aemaringa.com/novidades/artigos/26-dependencia-quimica-e-espiritualidade-.html>

Pouco está descrito a respeito dos “tratamentos” religiosos de reabilitação realizados nas Igrejas, apesar de, no Brasil, haver uma observação leiga e midiática apontando para os aspectos positivos desse tipo de intervenção.

Quando se consideram os temas relativos à espiritualidade e à religiosidade no tratamento da dependência de drogas, nota-se nitidamente a preferência dos pesquisadores em estudar o papel dos grupos com base espiritual, mas não religiosa, como os alcoólicos anônimos (AA).

A maioria dos estudos baseados nos programas de tratamento realizados por Igrejas fundamenta-se na corrente protestante, visto que ela foi a pioneira nessa área de atuação logo após a Segunda Guerra Mundial, implementando programas de recuperação nas igrejas evangélicas de Chicago e New York (Brown, 1973). Desde a década de 1960, no entanto, a igreja católica também se mostrou uma fornecedora de “tratamento” e reabilitação da dependência de drogas, embora a maior parte dos programas religiosos para o referido tratamento estude de forma pouco criteriosa a avaliação das suas metodologia e eficácia (Gorsuch, 1995). Nas populações mais pobres, em particular nas quais a religião influencia as questões sociais, como é o caso de Porto Rico, os tratamentos religiosos oferecidos pelas igrejas evangélicas, com base na fé e sem a intervenção médica, têm ganhado espaço e aumentado em número de igrejas e adeptos (Hansen, 2004).

Independente da religião professada observa-se um forte impacto da religiosidade e da espiritualidade no tratamento da dependência de drogas, sugerindo que o vínculo religioso facilita a recuperação e diminui os índices de recaída dos pacientes submetidos aos diversos tipos de tratamento (Pullen et al., 1999). Dentro de um grupo dos narcóticos anônimos (NA), observou-se que um melhor índice de recuperação estava associado a uma prática religiosa formal diária, evidenciando que aqueles que, além de frequentarem as reuniões do grupo de mútua ajuda, tinham um vínculo com alguma religião, apresentavam mais sucesso na manutenção da sua abstinência (Day et al., 2003). A uma conclusão semelhante chegaram Turner et al. (1999) que, no seu estudo com uma população exclusivamente de mulheres em recuperação, enfatizaram a importância da associação de um programa de 12 passos a uma prática religiosa regular.

Alguns autores chegam a afirmar que a simples ida à Igreja contribui para a diminuição do consumo de drogas como a cocaína, sem necessariamente nesses locais existir um tratamento formal. No entanto, quando associados aos grupos dos 12 passos, a eficácia parece ser maior (Richard et al., 2000).

Já em um programa de substituição de heroína pela metadona, realizado pelo governo norte-americano, verificou-se que os pacientes que apresentavam maiores índices de espiritualidade e que tinham o suporte de uma

entidade religiosa (Igreja) foram os que apresentaram o maior tempo de abstinência em relação às drogas ilícitas. Esse fato sugeriu que a religiosidade fosse preditora da abstinência nos grupos de dependentes de heroína (Avants et al., 2001). Também entre os pacientes em tratamentos de substituição pela metadona, em um estudo exploratório qualitativo, foi constatada a importância dada por essa população às questões espirituais. O tema emergente nas entrevistas foi o senso de força e a proteção que percebem na prática religiosa, o que os faz valorizar um possível tratamento com base na sua própria espiritualidade (Arnold et al., 2002).

Utilizando uma escala de transcendência espiritual, validada para a população norte-americana, com a finalidade de medir o envolvimento pessoal com questões sagradas e divinas, Piedmont (2004) observou que as maiores pontuações dentro de conexões com a divindade, por exemplo, na forma de preces, estavam associadas ao maior sucesso na recuperação dos usuários de droga em tratamento médico convencional.

Apesar de pouco comum, alguns autores arriscam teorias que sustentam um possível mecanismo do papel da religiosidade na recuperação do usuário de drogas e no controle da recaída, sugerindo que o aumento do otimismo, a melhor percepção do suporte social, a maior resiliência ao estresse e a diminuição dos níveis de ansiedade seriam responsáveis pelo sucesso desses programas (Pardini et al., 2000). Já para Barrett et al. (1988) esse mecanismo estaria muito mais relacionado às questões sociais, como a ressocialização do jovem pela reestruturação da sua rede de amigos, colocando-o em um ambiente mais saudável e sem a oferta de drogas.

Segundo Carter (1998), a chave de uma recuperação de longo tempo, ou seja, aquela com mais do que cinco anos de abstinência, está diretamente relacionada ao desenvolvimento da espiritualidade do paciente e, das pessoas que frequentam os grupos de AA, 34% conseguem atingir a abstinência de longo prazo. No entanto, o autor sugere que sejam feitas pesquisas qualitativas que possam desvendar o papel real dessa espiritualidade na recuperação da dependência de drogas.

Paralelo a isso, Pardini et al. (2000) ressaltaram que, enquanto há uma quantidade mínima de pesquisas científicas analisando o real impacto e o mecanismo da religiosidade no tratamento dos dependentes de drogas, muitos investigadores teorizam tais fatores baseados nas próprias crenças e nos resultados quantitativos indiretos, o que sugere a necessidade de pesquisas qualitativas para a compreensão do fenômeno.

Dentro da linha qualitativa, um recente estudo brasileiro tentou esclarecer os mecanismos da intervenção religiosa proposta pelas três maiores religiões brasileiras: o catolicismo, o protestantismo e o espiritismo. Foram entrevistados em profundidade 90 indivíduos que haviam se submetido a intervenções religiosas (não-médicas) para curar a sua dependência de drogas. As conclusões apontaram diferenças no suporte ao dependente de drogas oferecido por cada grupo. Os evangélicos foram os que mais utilizaram o recurso religioso como forma exclusiva de tratamento, apresentando forte repulsa ao papel do médico e a qualquer tipo de tratamento farmacológico. Também foram eles os que descreveram a maior intensidade na crise vivida, relacionada especialmente às drogas ilícitas. Os espíritas foram os que buscaram mais apoio terapêutico em relação à dependência de drogas lícitas em simultâneo com um tratamento convencional, o qual ocorria e podia ser realizado devido ao maior poder aquisitivo desse grupo. O que há de comum em todos os tratamentos é a importância dada à oração, que é a conversa com Deus, como o método para controlar a fissura pela droga, que atua como forte ansiolítico. Para os evangélicos e os católicos, a confissão e o perdão, respectivamente, pela conversão (fé) ou pelas penitências, exercem forte apelo à reestruturação da vida e ao aumento da autoestima.

O que manteve os participantes deste estudo na instituição religiosa e na abstinência do consumo de drogas foi a admiração pelo bom acolhimento recebido, a pressão positiva do grupo e a oferta de uma reestruturação da vida com o apoio incondicional dos líderes religiosos. Além disso, a religião lhes oferece condições de refazer os seus vínculos de amizade, por meio da realização de diversas atividades ocupacionais voluntárias, facilitando assim o seu afastamento da droga e dos seus companheiros vinculados a ela (Sanchez, 2006).

Perante a falta de informações, ainda há muito a estudar no campo dos mecanismos da atuação da religiosidade no tratamento da dependência de drogas, o que torna esse um campo frutífero para futuros estudos.

Vale ainda destacar que, apesar de as religiões cristãs serem adeptas da abstinência completa de todas as drogas psicotrópicas, no Brasil, as religiões sincréticas como o Santo Daime e a União do Vegetal vêm ganhando terreno na prestação de serviços de saúde pela utilização de uma droga psicotrópica. Elas não trabalham apenas com a fé, mas associam a esta a ingestão do chá alucinógeno de ayahuasca (*Banisteriopsis caapi* e *Psychotria viridis*) a fim de combater os mais variados males orgânicos e emocionais, entre os quais está a dependência de drogas (Doering-Silveira et al., 2005; Barbosa et al. 2005).

Segundo Doering-Silveira et al. (2005), a evidência de que diversos jovens deixaram de consumir cocaína e crack após aderirem à União do Vegetal sugere que o chá tenha utilidade terapêutica no tratamento das dependências de dependência, embora os autores sugiram que sejam realizados estudos longitudinais que permitam melhor avaliação de tal suposição.

<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>



Acesse o link: **documentário de repente**

[Http://www.youtube.com/watch?v=9_7_weda0eo](http://www.youtube.com/watch?v=9_7_weda0eo)

Resumo

Nossa última aula abordou sobre os diferentes estilos de tratamento para a dependência química. Cada qual com sua maneira de atuação teórica e prática de abordagem, beneficiando da melhor maneira. Também pudemos compreender como a religião se faz respeitável e auxiliadora durante o tratamento da dependência como forma geradora de força interior e da busca pela aceitação da doença.



Atividades de aprendizagem

1. Qual o efeito da terapia em grupo?

2. Quais os tipos de tratamento?

3. Qual a função na religião no processo do tratamento?

Referências

Ballone GJ, Ortolani IV – Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Ansiolíticos, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>> 2005.

FOCCHI, Guilherme Rubino de A. Dependência química: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001.

Amor – exigente www.amorexigente.org.br

Ansiolíticos. Infodrogas. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC); Portal do Governo do Estado de São Paulo, 2010.

ARNOLD, R.M.; AVANTS, S.K.; MARGOLIN, A.; MARCOTTE, D. – Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23: 319-326, 2002.

AURELIO. Mini Aurélio. 6ª edição revista e ampliada. Positivo, 2011.

AURÉLIO, Mini Aurélio. Dicionário de língua portuguesa. 6ª edição, Positivo, 1994.

AVANTS, S.K.; WARBURTON, L.A.; MARGOLIN, A. – Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs* 33(1): 39-45, 2001.

BALLONE, Geraldo J. Perguntas mais frequentes sobre Comportamentos Compulsivos – in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2005.

BARRETT, M.E.; SIMPSON, D.; LEHMAN, W.E. – Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs. *Journal of Clinical Psychology* 44: 461-473, 1988.

BIERUT, L. J. et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. 55: pags 982-988. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1998.

BROWN, E.J. – The integral place of religion in the lives of rural African-American women who use cocaine. *Journal of Religion and Health* 45(1): 19-39, 2006.

BROWN, E.M. – The religious problematic of the Juvenile addict. In: Harms, E. (Ed.). *Drugs and Youth: The Challenge of Today*. New York: Pergamon Press, pp. 222-234, 1973.

BUCHER, R. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

BUCHER, Richard. *As Drogas e a Vida – Uma abordagem biopsicosocial* –. EPU. São Paulo, 1988.

CAMPOS, Bernardo Miguel. *Inimigo íntimo*, Revista Veja. Abril, 2009.

CARMO, R.E. *Fenomenologia Existencial; estudos introdutórios*. Belo Horizonte: O Lutador, 1974.

CARTER, T.M. – The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 5: 409-413, 1998.

CHARRAN, Ivone Maria. Monografia “O fumante e o cigarro : significado simbólico desta relação” conclusão de curso de Especialização em Abordagem Junguiana. Cogea – PUCSP – 2007.

CHAUÍ, M.S. *O que é Ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

COSTA, Moacir. *Mulher – A conquista da liberdade e do prazer*. Ediouro, 1ª edição, 2004.

CRABBE, J. C. Genetic contributions to addiction. 53: pags 435-462. *Ann. Rev. Psychol*, 2002.

CRESPIN, G. *A clínica precoce: o nascimento do humano* , SP: Casa do Psicólogo, 2004.

Daniilo Baltieri, Médico psiquiatra. Mestre e doutor em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tem experiência em Psiquiatria Geral, com ênfase nas áreas de Dependências Químicas www.antidrogas.com.br

DAY, E.; WILJES, S.; COPELLO, A. – Spirituality and clinical care: Spirituality is not everyone’s cup of tea for treating addiction. *British Medical Journal*. 326(7394): 881, 2003.

Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Alcohol Alert*, nº 30, 1995.

DOERING-SILVEIRA, E.; GROB, C.S.; DE RIOS, M.D.; LOPEZ, E.; ALONSO, L.K.; TACLA, C.; DA SILVA, D.X. – Report on Psychoactive drug use among adolescents using ayahuasca within a religious context. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2): 141-144, 2005.

DORNELLES, Claudia. *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed 4ª edição, Porto Alegre, 2002.

Einstein Álcool e Drogas www.einstein.br/alcooledrogas

Eur. Psychiatry 2001; 16, 232-8. The Prognostic Value of Initial EDI scores in Anorexia Nervosa C. Bizeul www.psicosite.com.br

FARAONE, S. V. & BIEDERMAN, J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. 44: 951-958. *Biol. Psychiatry*, 1998.

FLOYD, Frank J. CRANFORD, James A. DAUGHERTY, Michelle Klotz, FITZGERALD, Hiram E. ZUCKER, Robert A. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 115, No. 1, 121–130, 2006

FORTES, J.R.Albuquerque. *Alcoolismo*. São Paulo, 1975

FRANCO, Divaldo P. *Adolescência e Vida – do espírito Joanna de Angelis*. Leal, cap 23, pags 122 a 126.

FREIRE, P. *Conscientização; Teoria e Prática da Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREUD, S. *O Mal Estar da Civilização*. E.S.B. *Obras Completas*, Vol. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1980.

GAARDER, J. *O Mundo de Sofia*. São Paulo: Companhia da Letras, 1995.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. *Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria*. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2008.

GLANZ, J. et al. *WHO/IBRA Study on state trait markers of alcohol use and dependence: Analysis of demographic, behavioral, physiologic, and drinking variables that contribute to dependence and seeking treatment*. *Exp. Res.* 26: 1047-1061. *Alcohol Clin*, 2002.

GORSUCH, R.L. – *Religious aspects of substance abuse and recovery*. *Journal of Social Issues* 51(2): 65-83, 1995.

Hansen, H. – *Faith-based treatment for addiction in Puerto Rico*. *JAMA* 291(23): 2882, 2004.

HEUSCHER, J.E. *Love and authenticity*. *American Journal of Psychoanalysis*, New York, 47 (1): 21-34, 1987.

INCA Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde – *Manual Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro, 1997.

JAFFE, Jerome. PETERSON, Robert. HODGSON, Ray. *Tóxicos e outros vícios, problemas e soluções*. Harper, São Paulo, 1980.

JEROME, H.J. *The concept of dependence: Historical Reflections*. *Alcohol Health and Research World*. 1993.

KALINA, E. *Viver sem drogas*, Livraria Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1987.

KALINA, Eduardo. *Drogadição II*. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1988.

KANNING, U.P. *Selbstwertmanagement. Die Psychologie des selbstverdienlichen Verhaltens*. Göttingen: Hogrefe, 2000.

- LACAN, J. A agressividade em psicanálise. In: Escritos. RJ: JZE, 1998.
- _____. O estádio do espelho como formador da função de eu. In: Escritos. RJ: JZE, 1998.
- _____. Os complexos familiares na formação do indivíduo. RJ: JZE, 2002.
- LEAL, João José. Docente em Direito Penal. Professor do CPCJ/UNIVALI. Promotor de Justiça Aposentado e Ex-Procurador Geral de Justiça de SC. Associado ao IBCCrim e à AIDP. Parte integrante da Edição nº 116, Código da publicação: 536, 2005.
- LEHNINGER, Nelson, Cox. Princípios de Bioquímica. 3ª edição, Ed. Sarvier.
- LEMOS, Ataíde. Drogas Um Vale Escuro e Grande Desafio para Família. Independente, 2001.
- _____. Livro de poesia Palavras expressão dos sentimentos. Irmãos Gino, 2007.
- _____. O amor vence as drogas. GNSC, 2005.
- Lexicon of alcohol and drug terms. Organização Mundial de Saúde (OMS), 1994.
- LIAPPAS, J.A. LASCARATOS, J. FAFOUTI, S. CHRISTODOULOU, G.N. Alexander the Great's relationship with alcohol. Addiction. 2003.
- LONGENECKER, G. L. Como agem as drogas. Editora Quark do Brasil. 1998.
- LORENZ, K. Civilização e Pecado. São Paulo: Artes Novas, 1974.
- MAJ, Mario, PIROZZI, Raffaele, MAGLIANO, Lorenza, BARTOLI, Luca. Tratamento Farmacológico para dependência Alcoolica. NEW ENGL J MED, pag 1482 a 1490, 1999.
- Manual de Urgências em Pronto-Socorro. 5ª edição. Belo Horizonte, 1996.
- MARTINS, Lourenço A. G. Historia Internacional da Droga. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, 2007.
- MARZZOCO, Anita. Bioquímica Básica. Segunda edição. 1999.
- MCGOVERN, Patrick E. The Origins and Ancient History of Wine. OPA, 1996.
- MONTGOMERY, Rex. Bioquímica. Uma abordagem dirigida por casos. 5ª edição, 1994.
- MULDER, R. T. Alcoholism and personality. 36: 44-52. Aust N. Z. J. Psychiatry, 2002.
- OLIVEINSTEIN, C. O Destino do Toxicômano. São Paulo, Almed, 1985.
- _____. Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento do toxicômano. In:

_____. A clínica do toxicômano, Poto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. O toxicômano e sua infância, In: BERGERET, J. et al. Toxicomanias: um enfoque pluridimensional, Porto Alegre: Artes Médicas, 1991

PARDINI, D.A.; PLANTE, T.G., SHERMAN, A.; Stump, J.E. – Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19: 347-354, 2000.

PAYÁ, R; FIGLIE, N. Abordagem familiar em dependência Química. In: Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo, Roca LTDA 2004.

PERREZ, Meinrad & BAUMANN, Urs. Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie. Huber, 2005.

PHILLIPS, L. In defense of their families: Working-Class Women, Alcohol, and Politics in Revolutionary Russia. *Journal of Women's History*. Vol. 11. 1999.

PIEDMONT, R.L. – Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychology of Addictive Behaviors* 18(3): 213-22, 2004.

POSTER, M. Teoria crítica da família. (Trad. Álvaro Cabral). Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.

POTRECK, Rose, JACOB, Gitta. Autoconfiança. Clett-Kota, 2006.

PULLEN, L.; MODRCIN-TALBOTT, M.A.; WEST, W.R.; MUENCHEN, R. – Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6: 3-8, 1999.

PURCELL, N. Diet, Community, And History At Rome. *American Journal of Philology*. 2003.

QUEIROZ, T. C. N. Do desmame ao sujeito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. Um olhar no presente antecipando o futuro, In: SALES, L. (org.), Pra que essa boca tão grande? Salvador: Ágalma, 2005.

Revista Plantão Médico – Drogas, Alcoolismo e Tabagismo, Editora Biologia e Saúde, Rio de Janeiro, pag 67, 1998.

Revista Veja. À beira de um ataque de nervos. nº 8, p.95, 1997.

RICHARD, A.J.; BELL, D.C.; CARLSON, J.W. – Individual religiosity, moral community, and Drug user treatment.

SANCHES, Amauri M. Tonulo. Drogas e drogados: o individuo, a família, a sociedade. São Paulo: EPU, 1982.

SANCHEZ, Z.M. – As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de drupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese de Doutorado. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, p. 389, 2006.

Sanchez, Z.M.; Oliveira, L.G.; Nappo, S.A. – Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 9(1): 43-55, 2004.

SARTRE, J.P. Questão de Método. Em: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1973, pp. 115-197, vol. XLV.

SEDIKIKES, C. GREGG, A.P. Portraits of the self. Hogg e Cooper, pag 110 a 138. Londres, 2003.

SIELSKI, Fernando. Filhos que usam drogas. *Adrenalina*, 1999.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Inquietas*. Ed. Gente, 2003.

TIBA, Içami. *Saiba mais sobre maconha e jovens*. 4ª edição, Ágora, São Paulo, 1998.

Tiba, Içami – *Anjos Caídos: Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente*. São Paulo: Editora Gente, 1999.

Turner, N.H.; O'Dell, K.J.; Weaver, G.D. – Religion and the Recovery of Addicted Women. *Journal of Religion and Health* 38(2): 137-148, 1999.

VAILLANT, George E. *The natural history of alcoholism*. Harvard University Press, 1983.

VIALA-ARTIGUES, J. MECHETTI, C. *Histoire de l'alcool archéologie partie 1*, Londres, 2003.

WARNER, J. & IVIS, F. *Centre for Addiction and Mental Health, Toronto. Eighteen-Century Life*. 2009.

WHELDALL, K. *Comportamento Social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. ZAGO, J.A. Drogadição; um jeito triste de viver. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, 13 (4): 155-158, 1994.

_____. Considerações sobre os aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos da drogadição. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, 15 (4): 145-149, 1996.

_____. Drogadição, self, contos de fadas e recursos terapêuticos: um ponto de vista fenomenológico-existencial. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, 17 (2): 67-71, 1998.

_____. Drogadição; o tratamento na comunidade terapêutica. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, 14 (4): 133-137, 1995.

ZAITTER, Menyr A. B. *Drogadição – Drogas e conseqüências*. 3ª edição, Lovise, 1994.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos psicanalíticos*, Porto Alegre: ArtMed, 1999.

Referências das figuras

Figura 1.1: Trabalhando os males da dependência química

Fonte: © David Davis / www.shutterstock.com

Figura 1.2: A dependência química em casa

Fonte: © viktor_8 / www.shutterstock.com

Figura 1.3: Cérebro

Fonte: © iDesign / www.shutterstock.com

Figura 1.4: Álcool

Fonte: © Piotr Marcinski / www.shutterstock.com

Figura 2.1: dependentes químicos

Fonte: © Jirsak / www.shutterstock.com

Figura 2.2: A droga e o grupo

Fonte: www.projetostematicos.pbworks.com/Mecanismos+de+D...

Figura 2.3: grupo de jovens

Fonte: © Poznyakov / www.shutterstock.com

Figura 3.1: Interior

Fonte: Acervo do autor

Figura 3.2: Autoimagem

Fonte: © katielittle / www.shutterstock.com

Figura 3.3: Espelho quebrado

Fonte: © karam Miri / www.shutterstock.com

Figura 3.4: Quem sou eu

Fonte: © Yuri Arcus / www.shutterstock.com

Figura 4.1: bebida

Fonte: © Valentyn Volkov / www.shutterstock.com

Figura 4.2: alcoolismo

Fonte: © william casey / www.shutterstock.com

Figura 5.1: Álcool = problema

Fonte: © Normad_Soul / www.shutterstock.com

Figura 5.2: bêbado

Fonte: © Stéphane Bidouze / www.shutterstock.com

Figura 6.1: Cigarros

Fonte: © Oleksandr / www.shutterstock.com

Figura 6.2: Cigarro: droga social

Fonte: © Pablo H Caridad / www.shutterstock.com

Figura 7.1: Emagrecedores

Fonte: © berna namoglu / www.shutterstock.com

Figura 7.2: sintomas anorexia

Fonte: Acervo do autor.

Figura 8.1: ansiedade

Fonte: © / www.shutterstock.com

Figura 8.2: relógio

Fonte: © tiptoe / www.shutterstock.com

Figura 9.1: insônia

Fonte: © Brian A Jackson / www.shutterstock.com

Figura 9.2: Stress

Fonte: © Lasse Kristensen / www.shutterstock.com

Figura 9.3: ciclo do stress

Fonte: www.vitalidadeintegral.com.br

Figura 10.1: Apoio familiar
Fonte: © baki / www.shutterstock.com

Figura 10.2: O amigo do dependente químico
Fonte: © Monkey Business Images / www.shutterstock.com

Figura 11.1: co-dependência
Fonte: © CREATISTA / www.shutterstock.com

Figura 11.2: Família
Fonte: © Monkey Business Images / www.shutterstock.com

Figura 12.1: casal alcoólico
Fonte: © George Dolgikh / www.shutterstock.com

Figura 12.2: Alcoolismo e seus problemas
Fonte: © ejwhite / www.shutterstock.com

Figura 13.1: Bebida alcoólica / pratica sexual
Fonte: © coka / www.shutterstock.com

Figura 14.1: Usuário de droga
Fonte: © S.P. / www.shutterstock.com

Figura 14.2: Vício em jogos
Fonte: © Kayros Studio "Be Happy!" / www.shutterstock.com

Figura 15.1: Vazio
Fonte: © Robert Adrian Hilman / www.shutterstock.com

Figura 16.1: Distúrbio
Fonte: © Laurin Rinder / www.shutterstock.com

Figura 16.2: Espelho partido
Fonte: © javis gray / www.shutterstock.com

Figura 16.4: identidade
Fonte: © Naci Yavuz / www.shutterstock.com

Figura 17.1: desintoxicação
Fonte: © Konstantin Sutyagin / www.shutterstock.com

Figura 17.2: Diga não!
Fonte: © Ziablik / www.shutterstock.com

Figura 18.1: grupo de apoio
Fonte: © Sychugina / www.shutterstock.com

Figura 18.2: Família
Fonte: © Yaruta Igor / www.shutterstock.com

Figura 19.1: Observação
Fonte: © Igor S. Srdanovic / www.shutterstock.com

Figura 19.2: Diálogo
Fonte: © AISPIX / www.shutterstock.com

Figura 20.1: Ajuda
Fonte: © Yuri Arcus / www.shutterstock.com

Figura 20.2: estetoscópio
Fonte: © ayzek / www.shutterstock.com

Figura 20.2: grupo terapêutico
Fonte: © Losevsky Pavel / www.shutterstock.com

Atividades autoinstrutivas

1. Droga se define como:

- a) alteração química no organismo.
- b) substância farmacologicamente ativa sobre o SNC que modifica uma ou mais funções.
- c) é um tipo de produto ilegal.
- d) umas das funções da substância química.
- e) qualquer substância que faça mal ao organismo.

2. Dependência química se define por alguns tipos de doença, elas são:

- a) múltiplas causas, múltiplas repercussões, progressiva, incurável, tratável, familiar.
- b) incurável, grave, sem causas definidas, doença fatal.
- c) doenças múltiplas, curável, individual, tratável.
- d) múltiplas repercussões, grave, fatal, curável, sem tratamento.
- e) todas as opções são corretas.

3. Como se percebe a dependência química em casa em casa?

- a) quando a mãe come muito.
- b) pais que mentem para os filhos.
- c) mães que tomam remédios para emagrecer.
- d) pais que bebem, fumam ou usam medicação freqüentemente.
- e) Quando os pais brigam muito.

4. Quais os principais aspectos do vício?

- a) vontade incontrolável sobre uma substância química, medo, raiva.
- b) doença grave, baixa auto estima, curiosidade.
- c) problema emocional, curiosidade, exibicionismo (auto afirmação), problema mental.
- d) exibicionismo, raiva, vontade incontrolável, doença grave.
- e) através do relacionamento com pessoas que usam drogas.

5. Como acontece a dependência física?

- a) quando o corpo não suporta a síndrome de abstinência.
- b) quando o organismo se vicia na substância química.
- c) quando o corpo sofre alterações físicas.
- d) quando o organismo não tolera mais a droga.
- e) nenhuma das opções acima.

6. A que se relaciona a dependência psicológica no indivíduo?

- a) sensação de bem estar, fuga, necessidade, emoção afetiva.
- b) boas e más viagens.
- c) tensão, angustia e hábito.
- d) companhia ao uso da droga, patologias, fuga e hábito.
- e) devido a baixa auto-estima.

7. Quais são os 2 primeiros e principais motivos que levam um indivíduo ao uso de drogas?

- a) doença mental e amigos.
- b) fraqueza e genética.
- c) genética e personalidade.
- d) personalidade difícil e grupo social.
- e) amigos e curiosidade.

8. Quais são os estímulos que levam o jovem às drogas?

- a) abandono, tensão, angústia, amigos.
- b) família desestruturada, medo, preconceito.
- c) propaganda, preconceito, rejeição.
- d) rejeição, abandono, família desestruturada, propaganda.
- e) medo, baixa auto-estima e brigas familiares.

9. Quem está mais propício ao uso de drogas?

- a) jovens sem maturidade, medo de dificuldades, frustração e modismo.
- b) jovens desprovidos de maturidade emocional.
- c) modismo, medo da vida e problema familiar.
- d) jovens sem vontade, imaturidade emocional e medo.
- e) pessoas que convivem com grupos sociais diferentes.

10. Quais os tipos de transtornos mentais que podemos relacionar à dependência química?

- a) Transtorno de personalidade e transtorno anti social.
- b) Transtorno desafiador, transtorno de ameaça, transtorno de personalidade.
- c) Transtorno de comportamento destrutivo, transtorno desafiador e oposição, transtorno de conduta e personalidade anti social.
- d) Transtorno de conduta, transtorno de ameaça, transtorno anti social.
- e) Transtorno anti social, transtorno de personalidade, transtorno mental.

11. Como se constrói a auto-estima?

- a) a auto-estima se constrói através da auto-imagem.
- b) a auto-estima se constrói através da vaidade.
- c) a auto-estima se constrói através da segurança emocional.
- d) a auto-estima se constrói através do amor próprio.
- e) todas as opções acima.

12. A que se caracteriza a pré disposição à dependência química ao álcool?

- a) somente aos fatores genéticos.
- b) parcialmente a genética e a fatores biológicos, psicológicos e ambientais.
- c) apenas aos fatores ambientais e familiares.
- d) aos fatores familiares, ambientais e genéticos principalmente.
- e) ambiente familiar e amizades.

13. Quais são os comportamentos que “denunciam” um alcoolista?

- a) relaxo com roupas, hálito ruim, amigos influenciáveis.
- b) falta de motivação, pousos amigos, rebeldia.
- c) mudanças de roupas, hálito ruim, agressividade.
- d) atitudes impulsivas, desleixo com aparência, desmotivação, troca de amigos.
- e) nenhuma das opções.

14. Quais são as 5 principais complicações ao uso crônico do álcool afetados no corpo?

- a) dor de cabeça, boca seca, sonolência, tremores.
- b) anemia, alteração hormonal, dor de cabeça, boca seca.
- c) gastrite, hipertensão arterial, anemia, neuropatia, impotência masculina e alteração menstrual.
- d) neuropatia, sonolência, tremores, gastrite, sede.
- e) dor de cabeça, sono, gastrite, anemia, hipertensão.

15. Quais os 3 elementos principais quanto aos sintomas psicológicos que o álcool causa ao estado mental?

- a) alteração do comportamento face ao álcool, perda de controle e desejo intenso de consumo.
- b) comportamento adaptado ao álcool, controle mental e pouco desejo.

- c) desejo incontrolável, comportamento estranho, pouco controle.
- d) perda de controle, desejo fraco, alteração de comportamento.
- e) todas as opções são corretas.

16. Como definir a dependência química.

- a) distúrbio crônico resultante da combinação de fatores genéticos, psicossocial e ambiental.
- b) distúrbio psicológico que resulta em problemas físicos.
- c) distúrbio crônico que combina problemas sociais, familiares e físicos.
- d) distúrbio psicológico que resulta em fatores genéticos, físicos e ambientais.
- e) distúrbio crônico e psicológico.

17. Assinale 4 fatores de sintomas físicos do álcool

- 1. () tremores
- 2. () rubor na face
- 3. () tontura
- 4. () sono
- 5. () dor abdominal
- 6. () fome
- 7. () fraqueza
- 8. () desnutrição

- a) opções 1,2,3,4.
- b) opções 1,2,5,8.
- c) opções 4,5,7,8.
- d) opções 1,4,6,7.
- e) opções 2,4,5,6.

18. Qual a função psicológica do cigarro?

- a) segurança emocional.
- b) hábito familiar.

- c) fonte de prazer com apoio emocional.
- d) apoio e segurança.
- e) status e confiança.

19. Assinale 5 sintomas físicos que o cigarro gera no corpo humano

- 1. () olhos
- 2. () pele
- 3. () olfato
- 4. () garganta – laringe
- 5. () ouvidos
- 6. () estômago
- 7. () pressão arterial
- 8. () musculatura
- 9. () aparelho digestivo
- 10. () unhas e cabelos

- a) opções 2,4,6,8,10.
- b) opções 1,2,5,6,9.
- c) opções 1,4,6,7,9.
- d) opções 3,4,7,9,10.
- e) opções 1,5,7,8,9.

20. O que é anorexia nervosa?

- a) doença complexa alimentar.
- b) disfunção alimentar, doença complexa que envolve componentes psicológicos, fisiológicos e sociais.
- c) doença alimentar psicológica.
- d) disfunção psicológica e alimentar.
- e) falta de vontade de beber.

21. Os ansiolíticos se caracterizam por:

- a) diminuir o sono, tranquilizar, acalmar e relaxar.
- b) induzir o sono, acalmar, baixar a ansiedade.

- c) tranquilizar, diminuir a ansiedade, diminuir o sono.
- d) diminuir a ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta.
- e) aumentar a vontade de comer e beber.

22. Qual a relação dos soníferos com o stress?

- a) os soníferos são utilizados para acalmar os sintomas do stress.
- b) os sintomas do stress diminuem com soníferos adequados.
- c) os soníferos em dose errada elevam os sintomas do stress.
- d) tomados adequadamente os soníferos diminuem os níveis de stress.
- e) quando tomados em excesso eles aumentam o stress.

23. Correlacione as colunas e assinale a sequencia CORRETA.

DROGAS

- (1) ansiolíticos
- (2) álcool
- (3) inalantes – solventes
- (4) anfetaminas
- (5) cocaína
- (6) cigarro
- (7) alucinógenos
- (8) ecxtasy
- (9) maconha
- (10) soníferos

CONSEQUÊNCIAS

- () diminuição da fome
- () delírios, percepção deformada
- () desinibição, euforia
- () estimulante
- () bem estar, aguçamento dos sentidos
- () alívio da tensão e ansiedade
- () relaxamento, fome
- () excitação. poder
- () prostração, relaxamento
- () alucinação

- a) 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.
- b) 2,5,4,7,8,6,1,10,3,9.
- c) 4,7,2,6,8,1,9,5,10,3.
- d) 10,5,4,6,2,1,8,7,9,3.
- e) 9,8,7,6,5,4,3,2,1,10.

24. Como se consiste a organização familiar?

- a) através de parentes próximos a família.
- b) na formação da família composta de pai, mãe e irmãos.
- c) a partir dos papéis de pai, mãe e filhos.
- d) consiste na definição de papéis.
- e) através do casamento.

25. Qual o principal fator que a família deve enfrentar no tratamento da dependência química?

- a) dificuldades.
- b) sofrimento.
- c) conflitos.
- d) negação.
- e) abstinência.

26. O que significa “carrossel da dependência química”?

- a) tipo de gíria usada pelos dependentes químicos.
- b) quando os co-dependentes agem ao redor do dependente químico.
- c) quando os dependentes químicos se referem as drogas.
- d) tipos de drogas.
- e) nenhuma das opções.

27. Quais as 3 características do casamento químico?

- a) péssima qualidade na relação marital, aumento da instabilidade na relação, aumento do índice de divórcio.
- b) brigas, falta de respeito ao cônjuge, separação.
- c) separação, pouca qualidade na relação e brigas.
- d) pouca estabilidade na relação e agressividade entre o casal.
- e) muito divórcio, brigas e diminuição da instabilidade na relação.

28. Quais os 3 sinais de pais não saudáveis nas famílias disfuncionais?

- a) atitudes grosseiras, diálogo, pouca emoção.
- b) comportamento estranho, segurança, pouca hierarquia.
- c) desrespeito, intolerância emocional, comportamento ridículo.
- d) comportamentos sérios, respeito severo, fraqueza emocional.
- e) falta de respeito, pouco diálogo, emotividade.

29. Qual é o papel que o álcool desencadeia para a sexualidade?

- a) fantasias, excitação, culpa.
- b) facilitar na liberação de sentimentos e aumentar o interesse sexual.
- c) desejo, fantasia, interesse sexual.
- d) sentimentos de culpa, excitação, impotência.
- e) ajudar na relação sexual.

30. Quais são os tipos de usuários de drogas?

- a) curioso, influenciável, funcional e dependente.
- b) esporádico, viciado, habitual e crítico.
- c) leve, moderado, severo e crítico.
- d) experimentador, ocasional, habitual e dependente.
- e) ativo, passivo, leve e grave.

31. Como se define o vício ao ato de jogar?

- a) transtorno de comportamento que consiste na necessidade compulsiva de participar em jogo de adivinha.
- b) comportamento que leva a incontrolável busca em ganhar o jogo.
- c) desejo incontrolável por jogo.
- d) comportamento compulsivo a jogos de azar.
- e) transtorno de conduta ao ato de jogar.

32. O que é vício sexual?

- a) desejo incontrolável em fazer sexo.
- b) desejo sexual normal que se tornou possessivo, ao ponto que o comportamento ficou fora de controle.
- c) desejo sexual doentio.
- d) desejo de fazer sexo em qualquer situação.
- e) dificuldade em fazer sexo.

33. Quais os principais fatores psicológicos que levam o indivíduo a comprar?

- a) carência afetiva, poder pessoal, modismo e influência.
- b) preço baixo, depressão e marketing.
- c) propaganda, influencia de grupos e preço baixo.
- d) poder pessoal, depressão e marketing.
- e) muito dinheiro, tristeza e vontade.

34. Qual a função psicológica que a doença do trabalho gera no indivíduo?

- a) fuga dos problemas afetivos.
- b) fuga dos problemas familiares.
- c) ocupação mental capaz de tornar o espaço de outros sentimentos ou pensamentos mais difíceis de serem vivenciados.
- d) ocupação da mente para fugir de problemas ocasionados no dia a dia.
- e) nenhuma opção correta.

35. De acordo com a frase abaixo, assinale a alternativa CORRETA.

“Não existe um modelo toxicômano, cada pessoa possui variações individuais que dependem do momento de vida em que o indivíduo se encontra”.

- a) a frase está correta.
- b) a frase está incompleta.

- c) a frase está incorreta.
- d) a frase não se refere ao toxicômano.
- e) a frase fala sobre dependência química.

36. De acordo com a frase abaixo, assinale a alternativa CORRETA.

Sob os fundamentos psicanalíticos, Olivenstein (1988, 1989, 1991) descreve o estágio do “espelho partido” como o último momento característico na formação psíquica dos futuros toxicômanos.

- a) a frase está correta.
- b) a frase está incorreta.
- c) a frase fala do primeiro estágio.
- d) a frase não é de Olivenstein.
- e) a frase está incompleta.

37. Em que estágio da toxicomania se caracteriza o “idiota” da família?

- a) estágio do espelho.
- b) estágio do excesso.
- c) estágio do escuro.
- d) estágio do desespero.
- e) nenhuma das alternativas.

38. A última etapa da toxicomania se caracteriza por:

- a) depressão a falta da droga.
- b) compulsão associada ao transtorno psíquico.
- c) sofrimento do indivíduo desintoxicado.
- d) objeto “droga” que foi perdido.
- e) abstinência.

39. Quais as 3 variáveis importantes no processo de desintoxicação?

- a) internamento, família, tipo de droga.
- b) amigos, família, trabalho.

- c) usuário, tratamento, família.
- d) usuário, cenário, droga.
- e) família, cenário, tratamento.

40. O que pode atrapalhar a participação da família no tratamento de dependência química?

- a) pouca informação da família sobre o assunto “drogas”.
- b) diálogo constante entre os membros da família.
- c) boa estrutura familiar.
- d) interesse de profissionais multidisciplinares.
- e) falta de vontade e desestrutura familiar.

41. Quais são os métodos de utilização terapêutica para o dependente químico?

- a) adaptação, avaliação, terapia e resultado.
- b) observação, avaliação, diálogo e atitude.
- c) observação, avaliação, conversas e resultado.
- d) procura, testagem, diálogo e atitude.
- e) avaliação, conversação e resultado.

42. Qual é o principal “obstáculo” que a família encontra no preconceito ao dependente químico?

- a) violência.
- b) irresponsabilidade.
- c) vergonha.
- d) falta de coragem.
- e) agressividade.

43. Quem faz parte essencial ao retorno no dependente químico a sociedade?

- a) família.
- b) terapeuta.
- c) amigos.
- d) tratamento.
- e) emprego.

44. Tratando-se da busca à cura na dependência química, correlacione as seguintes situações de tratamento e assinale a sequencia correta.

- (1) psicoterapia
- (2) clínica ambulatorial
- (3) hospital
- (4) comunidade terapêutica
- (5) religião

- () tratamento efetivo sem retirar o individuo do ambiente em que vive e nem o afasta do dia a dia.
- () tratamento recomendado quando existe risco de morte a si ou a terceiros.
- () tratamento responsável pelo fortalecimento, força, sabedoria, coragem e perseverança do individuo.
- () tratamento recomendado para individuo com baixa probabilidade de outros tipos de benefícios de tratamento.
- () tratamento responsável pelo suporte motivacional que auxilia na manutenção da abstinência.

- a) 4,3,5,2,1.
- b) 2,3,5,4,1.
- c) 1,2,3,4,5.
- d) 3,5,1,2,4.
- e) 5,4,3,2,1.

45. A dependência psicológica se relaciona com a necessidade de usar determinada _____ para ter um uma sensação de bem estar e _____. Caracteriza-se por fenômenos _____ onde sempre há uma busca pelos efeitos iniciais do uso da droga.

- a) Droga, alívio das tensões, cognitivos.
- b) Substância, euforia, psíquicos.
- c) Droga, alívio, psíquicos.
- d) Substancia, alívio de tensoes, cognitivos.
- e) Droga, euforia, psíquicos.

46. O comportamento de repetição em beber cada vez mais, obedece a 2 mecanismos básicos não patológicos: o reforço positivo e o reforço negativo que se definem como:

- a) O reforço positivo refere-se ao comportamento pela busca da auto estima e o reforço negativo refere-se ao comportamento de evitar o desconforto social.
- b) O reforço positivo refere-se ao comportamento de busca pelo prazer e o reforço negativo refere-se ao comportamento de buscar a dor.
- c) O reforço positivo refere-se ao comportamento de busca do prazer e o reforço negativo refere-se ao comportamento de evitar a reação de dor ou desprazer.
- d) O reforço positivo refere-se ao comportamento de busca da aceitação do prazer e o reforço negativo refere-se ao comportamento de repetição.
- e) Nenhuma das alternativas acima citadas.

47. A convivência _____, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos, bem como influências _____ a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a _____.

- a) Social, climáticas, droga.
- b) Familiar, sociais, dependência.
- c) Grupo, ambientais, droga.

- d) Familiar, ambientais, dependência.
- e) Social, ambientais, dependência.

48. O vício em jogos é um transtorno do comportamento que consiste na necessidade compulsiva de participar em jogos de _____.

- a) Azar.
- b) Poder.
- c) Adivinhar.
- d) Valor alto.
- e) Repetição.

49. Qual modelo terapêutico considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar?

- a) Psicanálise.
- b) Corporal.
- c) Breve.
- d) Sistêmico.
- e) Clínico.

50. As comunidades terapêuticas devem propor a reabilitação individual, social, e _____ através de programas altamente estruturados, contando com _____ capacitados e treinados em intervenções comportamentais relacionadas às _____.

- a) Preventiva, pessoas, drogas.
- b) Grupo, profissionais, atividades.
- c) Familiar, trabalhos, dependência químicas.
- d) Grupo, profissionais, drogas.
- e) Vocacional, profissionais, dependências químicas.

Currículo dos professores-autores

Menyr Antonio Barbosa Zaitter

Formado em psicologia clínica pela Universidade Tuiuti do Paraná, pós-graduado em Métodos e Técnicas do Ensino Superior pela Universidade Tuiuti do Paraná, especialista em dependência química pela PUC-PR, especialista em Família, casal pelo Núcleo Canãan, Mestre em gestão de Saúde pela Universidade Del Mar (Chile).

Hoje atua como professor das Faculdades Santa Cruz, Coordenador Geral do Centro Psico Social do Departamento da Polícia Civil do Estado do Paraná e perito Criminal em Toxicologia do Instituto Médico Legal.

Autor dos livros "Por que o uso da Droga?" e "Drogadição - Drogas e Consequências".

Meilyn Hasenauer Zaitter Lemos

Formada em Psicologia (CRP 08/08817) pela Universidade Tuiuti do Paraná, pós-graduada em Psicologia Clínica Hospitalar, junto à Universidade Federal do Paraná. Há 10 anos trabalhando na psicologia clínica em consultório e escolas, em atendimentos de crianças, adultos, casais e famílias, avaliação escolar, assessorias escolares e empresariais, palestras.

