

**Resumo:** Os autores descrevem um modelo terapêutico familiar desenvolvido no tratamento de famílias com um membro toxicodependente em fase de abstinência. Nestas circunstâncias os terapeutas propõem uma prescrição invariante ritualizada que consiste num contrato de análises de urina, cujos dias são sorteados em sessões mensais, e apenas conhecidos dos pais.

Pretende-se assim subtrair ao 'consumo' o valor de comunicação no seio da família, semelhante ao já experimentado com os comportamentos anoréxicos no tratamento de famílias psicossomáticas. Face a esses comportamentos é adoptada uma posição estratégica, derivada da escola de Milão, de conotação positiva modificada e prescrição paradoxal ou negação de melhorias e previsão de maiores dificuldades.

**Palavras Chave:** Modelo estratégico, Conotação positiva, Prescrição invariante.

**Résumé :** Les auteurs présentent un modèle de thérapie familiale, pour soigner des familles ayant un familier toxicomane. Le thérapeute propose une prescription "invariante" ritualisée c.a.d., un contrat de contrôle de l'abstinence par moyen d'analyse d'urine, à cadence irrégulière, dont les jours sont connus auparavant par les parents.

Le but c'est d'enlever aux prises de drogue la valeur de communication à l'intérieur de la famille, par analogie avec les expériences faites dans le domaine des conduites anorexiques, en familles psychosomatiques. Il s'agit de la stratégie issue de l'école de Milan, selon laquelle la connotation positive, la prescription paradoxale et la prévision de difficultés sont davantage des éléments significatifs.

**Mots Clé:** Modèle stratégique; Connotation positive; Prescription invariante.

**Abstract:** The authors describe a familiar therapeutic model developed in the treatment of families with a drug-addict in period of abstinence.

Under these circumstances therapists propose a ritualized invariable prescription that consists of a contract of urine analysis, which days are drew lots in monthly sessions and known just by the parents.

This aims at taking away from "consumption" the importance of communication in a family, similar to that already experienced with anorexic behaviors in the treatment of psychosomatic families. In face of these behaviors a strategic position is adopted, derived from Milan's school, of modified positive connotation and paradoxal prescription or improvement refusal and greater difficulties prevision.

**Keywords:** Strategic model, Positive Connotation, Invariable Prescription

## Um modelo estratégico de conotação positiva modificada no tratamento de famílias com toxicodependentes

Susana Cardoso, Helena Dias, Paulo Lorga, Fátima Tomaz, António Roma Torres

*"As manobras terapêuticas mais inesperadas são as mais eficazes"*

(Selvini-Palazzoli, 1974)

### I. Introdução

Apesar do estereótipo muito divulgado do toxicodependente em ruptura com a família numerosos estudos, e também a nossa prática clínica, têm confirmado que uma grande percentagem mantém laços estreitos com a família de origem numa espécie de prolongamento da adolescência. Em geral, abandonam a família numa idade bastante tardia ou então, depois de uma falsa partida, habitualmente bastante precoce, voltam à origem, demonstrando assim a precariedade da sua autonomia. Mesmo depois de casados, em altura de crise ou de tentativa de desabilitação, a casa dos pais permanece como ponto de referência constante. Segundo STANTON *et al.* (1982) pelo menos dois terços dos heroínómanos do sexo masculino (que constituem 75 a 85% da população toxicodependente) com menos de 35 anos vive com a família e a maior parte dos restantes (80 a 85%) mantém contactos, praticamente diários, com uma das figuras parentais.

Embora não seja possível traçar um perfil destas famílias existem, no entanto, características comuns que permitem apontar algumas modalidades de interacção familiar e compreender de forma mais clara a grande resistência à mudança que tendem a apresentar (STANTON *et al.*, 1982). Segundo ANGEL & ANGEL (1987) estas características podem situar-se a quatro níveis:

1. Mecanismos de denegação, que se traduzem, numa primeira fase, por "cegueira familiar" face ao percurso de abuso de drogas, muitas vezes já longo e cheio de indícios. É, geralmente, uma terceira pessoa exterior à família (amigo, professor, polícia), uma descompensação somática (hepatite, septicemia) ou, ainda, um descuido

do toxicod dependente (seringas abandonadas em locais visíveis) que põe a descoberto o problema. Apesar do comportamento e do estilo de vida se modificarem sob o efeito de drogas, duma maneira gradual mas significativa (constantes pedidos de dinheiro, roubos, insucesso escolar, mudança de amigos, instabilidade de humor), a família parece de facto não se dar conta. Após o reconhecimento da dependência, a denegação traduz-se no envolvimento, quer do toxicod dependente quer da família, num jogo de sequências comportamentais competitivas que implica uma oscilação constante entre limites extremos de apatia/agressividade por parte do toxicod dependente e de tolerância/acusação da parte da família. Por exemplo, não é raro que face à inquietude do toxicod dependente em tratamento a família, que até aí não o reconhecia como tal, questione e desconfie da abstinência, e em momentos que esta não está estabelecida, pelo contrário, a família facilmente acredite nas suas capacidades de auto-controlo.

2. Antecedentes familiares como, por exemplo, a existência de patologia psiquiátrica, doença orgânica grave, frequência de mortes precoces e, ainda, abuso de medicação psicotrópica ou de álcool ocorrem com regularidade. Verifica-se, muitas vezes, correspondência dos *life events* familiares com o percurso no tempo e a intensidade de consumos do toxicod dependente.

3. Os mitos familiares são muito comuns. Entende-se por mito um discurso unitário que destina a cada um dos membros da família papéis rígidos, mutuamente aceites por todos. O discurso nestas famílias passa muitas vezes pela 'boa harmonia' antes da droga - "o único problema é a droga"; "o problema está exclusivamente no exterior, amigos, sociedade..." O paciente identificado que traz a droga para a família torna-se, então, o único culpado do sofrimento de todos, sendo as outras dificuldades (as do casal, os lutos, os delitos dum irmão, a má integração social dos pais, por exemplo), apagadas face a este "culpado consentido", que assume a tarefa de focalizar sobre si o mal estar familiar.

4. As fronteiras geracionais são quase sempre fluidas e indistintas, com tendência à formação de alianças/coligações que desrespeitam os limites geracionais, podendo criar perversões na organização hierárquica familiar. Nestas famílias o pai é, muitas vezes, uma figura ausente, no real ou no fantasmático, e desqualificado por coligações transgeracionais.

A mãe pode estar, de facto, super-envolvida com o filho toxicod dependente podendo existir interacções para-incestuosas (não raro, somos confrontados, em altura de crise, com o hábito das mães dormirem com os filhos ou partirem numa viagem a dois). Por outro lado, o toxicod dependente cumpre frequentemente a função de estabelecer a comunicação entre o casal, ou de poupar os pais à revivescência dos seus próprios processos de autonomia, sacrificando o seu desenvolvimento pessoal.

## II. Compreensão sistémica das famílias de toxicod dependentes

Se é certo que as famílias mais flexíveis passam as várias crises do seu ciclo vital, nomeadamente a correspondente à etapa da adolescência dum dos seus elementos, com recurso às suas capacidades adaptativas, outras há, porém, cujas interacções se cristalizam, implicando o recurso a sintomas para lidar com as dificuldades de separação/individuação dos seus diferentes membros.

O sintoma "droga" num jovem adulto pode ser compreendido no contexto do ciclo vital da família, nomeadamente aquando da crise do *"leaving home"* (HALEY, 1980) suscitada pela adolescência dum dos seus elementos, em que as questões relativas à autoridade/autonomia se colocam e confrontam toda a família com a necessidade de novas mudanças e adaptações.

De acordo com HALEY (1980) podemos considerar que, tal como outras perturbações da adolescência, o abuso de drogas é, em certa medida, a resposta adequada à ameaça de desequilíbrio da organização familiar face aos movimentos de autonomia de um dos seus elementos. Nesta perspectiva toda a família experimentaria um medo intenso de separação e esforçar-se-ia por preservar o equilíbrio existente anteriormente, bloqueando quaisquer movimentos percebidos como sinais de autonomia e mudança (função homeostática do sistema). A emergência de uma perturbação no adolescente funcionaria, então, como protecção do equilíbrio familiar habitual, sacrificando este a sua autonomia ao manifestar-se, duma ou de outra forma, como incompetente e inibindo assim a inevitabilidade da mudança. A droga, em particular a heroína, permitiria cumprir esta função sacrificial (STANTON *et al.*, 1982) duma forma particularmente eficaz, na medida em que funciona como um

produto mágico, simultaneamente euforizante e ansiolítico, possibilitando ao jovem como que experimentar a separação (pseudo-indivuação) mas permanecendo contudo, apesar da pose de rebeldia e reivindicação, efectivamente dependente e leal à família e ao seu funcionamento.

O dilema da autonomia, exacerbado nestas famílias, e os conflitos de negociação, na procura de um novo equilíbrio, ficam então apaziguados ou pelo menos adiados, até nova crise, já que a heroína lhes permite simultânea e paradoxalmente oscilar entre registos de comportamento, próximo e distante, competente e incompetente, afectuoso e agressivo. De facto, muitas vezes, mesmo depois de controlados os consumos, o jovem tende a mostrar-se irresponsável de alguma forma (comportamento isomórfico, no sentido em que desempenha uma função equivalente ao sintoma no padrão de interacção familiar) apesar de proclamar a sua autonomia, permanecendo sintomático aos olhos da família. A própria família manifesta, por vezes explicitamente, preferir o comportamento do filho com heroína, apesar de reclamar a sua abstinência.

Assim, verifica-se que, apesar de alguns progressos do jovem no sentido da abstinência, estas famílias tendem a manter um clima de desconfiança permanente, identificando como comportamento de consumo alguns aspectos relacionados com tentativas de autonomia “desajeitadas”, como por exemplo, o não cumprimento de horários, os gastos excessivos de dinheiro ou o pouco investimento nos estudos. Além disso, constata-se também que há, nestas famílias, uma recusa sistemática em clarificar objectivamente a presença ou não de consumos, configurando esta situação o que a teoria da comunicação tem descrito como *double-bind* (WATZLAWICK *et al.*, 1972), semelhante ao que ocorre nas famílias de psicóticos. A centralização da comunicação em torno do consumo compara-se, por outro lado, ao padrão interaccional das famílias psicossomáticas com comportamentos anoréxicos (aqui em volta do peso e da alimentação).

### Caso nº 1

Apresentamos, em seguida, um excerto de uma primeira sessão com uma família constituída por três membros, cujo filho único frequentava a consulta externa da instituição por dependência de heroína.

...

Terapeuta: Talvez a questão passasse por definirmos qual

é neste momento a preocupação fundamental de cada membro da família ...

Pai: Eu definiria como o ele continuar... temos todos os indícios de que ele continua, de que não largou, ele mente-nos, recusa-se a fazer análises... Eu já lhe disse que não confio grandemente nas análises feitas aqui, pois ele vai sozinho fazer as análises e pode trazer urina, talvez seja uma falta de confiança nele mas ...

Terapeuta: O que é que o senhor sugere para resolver este problema?

Pai: Ele fazer urina, eu pagava e mandava analisar.

João: Na semana passada fiz isso.

Mãe: Passado uns dias e porque o pai te ameaçou...

Pai: Eu ameacei tirar-lhe totalmente a mesada, não lhe dar nem um tostão, se ele não quisesse colaborar comigo...

Terapeuta: Pode-lhe sempre comprar a urina...

João: Foi isso que eu disse, que a minha urina estava a ser comprada.

Mãe: Ele disse que não urinava e o pai disse-lhe que também era um direito dele não lhe dar a mesada.

Terapeuta: Então, assim já não é uma dependência económica mas uma relação comercial.

Mãe: É para o consumo...

João: Como estava a ver que não ia ter semanada lá fiz a urina tão desejada, mas continua no frigorífico, não foi mandada analisar.

Mãe: E nós o que dissemos é que era fim de semana...

João: Mas a urina pode ficar no frigorífico no fim de semana, o problema dos meus pais não era analisar a urina, mas ver se eu estava predisposto a urinar.

Terapeuta: Então analisam o seu comportamento. É assim uma espécie de *bluff*, se você aceitar fazer análise então eles acham que já não é preciso fazer.

João: Sim, sim. Exactamente isso, depois já não sabiam qual era o laboratório ....

Mãe: Ó João ...

João: Foi a ideia com que fiquei.

Terapeuta: Então para o pai o problema actual é ele continuar?

Pai: Sim, vejo o João desistir da Faculdade, preocupa-me qual vai ser o futuro dele.

Terapeuta (virando-se para a Mãe): É o futuro dele que também a preocupa?

Mãe: Eu preocupa-me o João continuar, ele diz que fuma

haxixe de vez em quando, mas ele fica assim meio aparvalhado... o cigarro cai-lhe, eu conheço logo, até na voz. Não é preciso mais nada. O João chega e diz "Olá mãezinha", este olá mãezinha para mim já é suficiente. E depois faz uma festa na cadela... porque ele quando não está com haxixe diz à cadela "Sai, sai daqui" e quando está com haxixe diz "coitadinha da minha queridinha"...

Terapeuta: Ouvindo de fora dá a impressão de ser uma coisa boa "diz olá mãezinha", "faz festas à cadela"...

Mãe: Isso, então, até a heroína seria melhor porque quando ele estava com heroína estava sempre calmo e sem heroína está nervoso.

...

Manifesta-se, portanto, um ciclo repetitivo em que, ultrapassado o sintoma, se assiste ao reactivar da crise familiar dada a ameaça do equilíbrio da organização, suscitada por alguma autonomia manifestada pelo jovem. Tal crise apaziguar-se-á novamente pela emergência do comportamento sintomático ou isomórfico, que será tanto mais perturbado quanto mais dificuldades o sistema familiar tiver em se adaptar às mudanças impostas pela fase do ciclo vital (HALEY, 1980).

O funcionamento do sistema familiar tende, então, a rigidificar-se em torno de transacções disfuncionais, que podem perdurar de geração em geração. Todos os elementos da família estão envolvidos num jogo paradoxal, já que o sistema procura simultaneamente o equilíbrio homeostático (ou seja, manter o modo de interacção prévio) e a mudança dos comportamentos sintomáticos que implicam grande sofrimento e sacrifício. É neste contexto que, geralmente, surge o pedido de terapia destas famílias. Como terapeutas familiares experimentamos, de facto, as dificuldades do envolvimento num processo terapêutico com estas famílias, corroborando as descrições de STANTON *et al.* (1982) que se lhe referem como "tarefa desencorajadora" ou "um dos mais difíceis domínios da psicoterapia".

### III. O Modelo de Intervenção

No modelo de intervenção que temos vindo a desenvolver na terapia familiar com toxicodependentes no CAT - Cedofeita, adoptamos basicamente uma perspectiva estratégica derivada da escola de Milão (SELVINI-PALAZZOLI *et al.*, 1974)

que permite lidar de uma forma mais eficaz com "famílias resistentes em crise". Desta forma é possível aos terapeutas promover simultaneamente a mudança e apresentarem-se como favoráveis à preservação da homeostasia familiar, o que corresponde ao próprio pedido paradoxal da família.

O modelo de intervenção assenta, então, em dois níveis de estratégia: o primeiro em que se propõe uma prescrição invariante ritualizada e o segundo em que se assume uma posição de conotação positiva e prescrição paradoxal. A prescrição invariante ritualizada estabeleceu-se de acordo com a nossa prática clínica, em que nos debatíamos frequentemente com a dificuldade em sair da questão da desconfiança face aos consumos e com a necessidade de subtrair o valor de comunicação dos consumos no seio da família. De facto, a utilização de análises de urina permitia colocar o tema drogas "fora de sessão" (como se passa no tratamento das famílias de anoréxicas, em que peso e alimentação são assumidas fora do contexto de sessão), ou seja, o conhecimento dos resultados permitia que a conversa não se fixasse em volta da desconfiança dos consumos. Por outro lado, através dum sorteio e dum contrato, o procedimento de análise de urina possibilitava o implicar de toda a família num conjunto de acções (assim se evitando o comentário verbal sobre o modelo de interacção habitual, que tende a perpetuá-lo), facilitando a "vivência colectiva dum padrão de interacção familiar diferente" (SELVINI-PALAZZOLI *et al.*, 1974).

A prescrição invariante ritualizada que criamos consiste, então, na utilização dum contrato de análises de urina, em regime de sorteio, tipo controlo anti-doping feito pelos desportistas. Os dias (inicialmente 4 por mês) são sorteados em sessões mensais e apenas conhecidos dos terapeutas e pais. Admite-se ainda um outro dia de colheita à escolha dos pais quando estes presumem a existência de consumos. Compete aos pais garantir a impossibilidade de fraudes, de forma a impedir a continuação do ciclo de desconfiança. O número de dias sorteados é reduzido, ou não, nas sessões posteriores em função dos resultados das análises (retirar-se-ia uma análise por mês no caso dos resultados serem negativos). No início de cada sessão inquire-se todos os elementos da família sobre o resultado que supõem para cada análise permitindo, assim, a revelação dos resultados e a aferição da percepção da família. Esta metodologia será adaptada, nos casos em que há prescrição de antagonistas de opiáceos sob controlo da família, com a utilização de

análises para outros tóxicos, nomeadamente quando a família suspeita de consumos de cocaína.

No segundo nível da nossa intervenção estratégica adoptamos quer a conotação positiva, quer a prescrição paradoxal, confrontados que fomos, em muitas famílias, com a repetição de comportamentos isomórficos (gastos excessivos de dinheiro, não cumprimento de horários, etc.) aquando da abstinência de consumos. Os terapeutas, munidos de uma hipótese sistémica e recorrendo ao questionário circular, tentam durante a sessão pôr em evidência a recursividade e complementaridade dos comportamentos de todos os membros da família, de forma a possibilitar o reenquadramento do sintoma na organização familiar e a utilização devida das técnicas. Através da conotação positiva de comportamentos isomórficos (conotação positiva modificada, já que não se conota o sintoma propriamente dito, mas sim os comportamentos equivalentes) pretende-se indicar à família a função que tais comportamentos cumprem face à tendência homeostática do sistema familiar, não desconsiderando esta em favor da tendência igualmente positiva de autocorreção e transformação do sistema (SELVINI-PALAZZOLI *et al.*, 1974) e, portanto, respeitando as características da família.

Assim, no nosso modelo de intervenção, os comportamentos isomórficos (equivalentes ao comportamento aditivo) são indicados como positivos e desejáveis de acordo com o reenquadramento do sintoma na organização familiar. Reforçada a tendência homeostática assume-se, então, a prescrição paradoxal, recorrendo à utilização de comportamentos isomórficos do sintoma e/ou prevendo-se mais dificuldades quando a família refere melhorias.

De forma ilustrativa, descreve-se seguidamente uma situação em que se recorreu a esta perspectiva, com a consequente prescrição de um comportamento isomórfico.

## Caso nº 2

A família é constituída por ambos os pais e dois filhos (Rui e Paulo com 21 e 20 anos, respectivamente), ambos estudantes universitários e abstinentes há cerca de 1 ano. Apesar do controlo de consumos, nenhum concluiu disciplina alguma durante o ano lectivo, conseguindo ludibriar os pais com resultados de frequências fictícios. O filho mais novo encontra-se em fase de saída de casa para ir frequentar um outro curso.

...

Terapeuta: Quer nos explicar a razão porque escondeu aos seus pais que não tencionava fazer nada na Faculdade?

Paulo: Eu tive uma razão, para fazer o trabalho de candidatura necessário a este curso... Precisava de estar calmo e em casa havia muitas discussões. Eu não ia dizer aos meus pais que ia ficar em casa a fazer o trabalho. Eles não iam aceitar, por isso encobri, fiz o trabalho e correu tudo bem.

Terapeuta: E consigo Rui, como é que foi?

Rui: Comigo foi só irresponsabilidade. Não houve nenhuma razão objectiva, porque este ano não havia sequer a questão da heroína.

Terapeuta: E quais são os seus planos para o ano?

Rui: Vou tentar trabalhar com o meu pai na fábrica e estudar ao mesmo tempo.

Pai (interrompendo): Conhecem aquela expressão "pega ao meio dia e não trabalha de tarde"?

Mãe: Pois, o Rui é assim, não tem grande responsabilidade. O Paulo é mais cumpridor, nas férias ajuda sempre, se for preciso levanta-se às nove horas para ir ajudar o pai. ...

No decorrer da sessão o Rui define o Paulo como mais virado para si, fazendo a sua vida e não se preocupando com os outros; o pai contesta dizendo que o Paulo também se preocupa com todos e até com o próprio Rui. ...

Na verdade, se a família tende a desenvolver sintomas ou comportamentos isomórficos, é num último esforço de respeito do equilíbrio anterior, pois o sofrimento que implicam indica também a necessidade de mudança. O (contra) paradoxo da nossa intervenção obriga à mudança na família pois, amplificando a tendência homeostática e assumindo a sua gestão, como que se retira à família o significado da sua utilização, podendo esta prescindir do paradoxo nas suas interacções e libertar-se para a mudança.

A conotação positiva e a prescrição de comportamentos equivalentes, e não de um comportamento aditivo, tem ainda a vantagem de permitir recuperar uma posição de neutralidade face ao sistema, eventualmente posta em causa pela ideologia de controlo social face às drogas e inerente à Instituição e ao próprio contexto terapêutico.

Trabalhando com instrumentos da cibernética da 1ª ordem e tendo em mente a cibernética de 2ª ordem, numa atitude de curiosidade estética e respeito (CECCHIN, 1987), o sis-

tema terapêutico recusa-se a objectivar a patologia, a emitir juízos de valor e a controlar o sistema familiar. Antes oferece uma outra descrição do diálogo possível entre a família e o seu contexto (ANDERSON & GOOLLISHIAN, 1988).

Assim sendo, quer a intervenção quer a avaliação da intervenção, se conceptualizadas desta forma, compatibilizam-se completamente com a posição de neutralidade (SIMON, 1992), respeitando-se as idiosincrasias e a forma como a família se vai acomodar às normas socio-culturais vigentes. ■

Susana Cardoso - Psicóloga Clínica/Terapeuta Familiar; CAT - Gaia  
Helena Dias - Médica Psiquiatra/Terapeuta Familiar; CAT - Gaia  
Paulo Lorga - Psicólogo Clínico/Terapeuta Familiar; CAT - Cedofeita  
Fátima Tomaz - Assistente Social/Terapeuta Familiar; CAT - Cedofeita  
António Roma Torres - Médico Psiquiatra/Terapeuta Familiar; Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João - Porto

Enviar correspondência para:

Dr<sup>a</sup> Helena Dias

CAT - Gaia/ Equipa de Terapia Familiar

Rua Guilherme Gomes Fernandes, 140

4200 Vila Nova de Gaia

Telefone: 223721285

Fax: 223704747

Email: MHelenaD@hotmail.com

## Bibliografia

ANDERSON, H. & GOOLLISHIAN (1988). "Human Systems as Linguistics Systems. Preliminary and Evolving Ideas About the Implications for Clinical Theory". *Family Process*, 27, 371-393.

ANGEL, P. *et al.* (1984). *Le Toxicomane et sa famille*. Paris: Éditions Universitaires.

ANGEL, S. & ANGEL, P. (1987). "Famille et Toxicomanie. Clinique et Thérapie". *Confrontations Psychiatriques*. Paris, 167-181.

ATKINSON, B.J. (1992). "A Esthetics and Pragmatics of Family Therapy Revisited". *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (4), 389-393.

BENOIT, J.C. *et al.*, (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: Les Éditions ESF.

BRAVO, A. *et al.* (1982). "Terapia Familiar com Toxicómanos: Um Programa de Desintoxicação a Cargo da Família". *Psicologia*, III (3-4), 167-182.

CANCRINI, L. *et al.* (1988). "Juvenile Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and Their Families". *Family Process*, 27 (3), 261-271.

CECCHIN, G. (1987). "Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity". *Family Process*, 26 (4), 405-413.

CLEVELAND, M. (1981). "Families and Adolescent Drug Abuse: Structural Analysis of Children's Roles". *Family Process*, 20, 295-304.

COLEMAN, S. *et al.* (1986). "Life Cycle and Loss - The Spiritual Vacuum of Heroin Addiction". *Family Process*, 25, 5-23.

HALEY, J. (1980). *Leaving Home, the therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill Book Company.

KAUFMAN, E. & KAUFMAN, P. (1985). *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York: Gardner Press.

NEUBURGUER, R. (1984). *L'autre Demande*. Paris: Les Éditions ESF.

NICOLAS, C. (1987). "L'Heroinomane et sa Famille". *Heroinomanie*, tome XXXVII, 29, 1711-1714.

OLIVENSTEIN, C. (1983). *A Vida do Toxicómano*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

PRIEUR, B. (1989). *L'anorexique, le toxicomane et leur famille*. Paris: Les Editions ESF. (Col. Sciences Humaines Appliquées - L'Art de la Psychothérapie).

REICHELT, S. & CHRISTENSEN, B. (1990), "Reflections During a Study on Family Therapy With Drug Addicts". *Family Process*, 29, 273-287.

SELVINI-PALAZZOLI, M. S. *et al.*, (1974). *Paradoxe et Contra-Paradoxe*. Paris: Les Éditions ESF.

SIMON, G.M. (1992). "Having a Second-Order Mind While Doing First-Order Therapy". *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (4), 377-387.

STANTON, D. *et al.* (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: The Guilford Press.

WATZLAWICK, P. *et al.* (1972). *Une Logique de la Communication*. Paris: Éditions du Seuil, Points, 102.