

JOSÉ ALBERTO BEZERRA

**DOZE PASSOS: ELEMENTOS TERAPÊUTICOS
PARA CODEPENDÊNCIA**

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Terapia Transpessoal do Instituto Superior de Ciências da Saúde, como exigência parcial para obtenção do título de Pós-Graduado em Terapia Transpessoal.

Orientadora: Prof^a. Liana Netto

Salvador/BA

2010

Os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos do Brasil

Passo Um

Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

Passo Dois

Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

Passo Três

Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida ao cuidado de Deus, na forma em que O concebíamos.

Passo Quatro

Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

Passo Cinco

Admitimos, perante o Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

Passo Seis

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

Passo Sete

Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

Passo Oito

Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

Passo Nove

Fizemos reparações diretas aos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

Passo Dez

Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

Passo Onze

Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

Passo Doze

Tendo experimentado um despertar espiritual, por meio destes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos outros alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Os Doze Passos são transcritos e adaptados com a permissão do Alcoholics Anonymous World Services, Inc. A permissão para reprodução e adaptação deste material não significa que o A.A. tenha revisado ou aprovado o conteúdo desta publicação nem que o A.A. concorde com os aspectos aqui expressos. O A.A. é um programa de recuperação apenas do alcoolismo. O uso dos Doze Passos e Doze Tradições em conjunto com programas e atividades que seguem os padrões de A.A., mas que abordam outros problemas, em nada implica diferentemente.

FOLHA DE APROVAÇÃO

José Alberto Bezerra
Doze Passos: Elementos Terapêuticos para Codependência

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Pós-Graduado em Terapia Transpessoal no Instituto Superior de Ciências e Saúde pela Banca Examinadora formada pelos seguintes Professores:

Ass. _____
Professor: Nome - Titulação - Instituição

Ass. _____
Professor: Nome - Titulação - Instituição

Belo Horizonte, de de 2010

AGRADECIMENTOS

A professora Liana Netto, orientadora deste trabalho.

Aos corajosos “companheiros”, coautores anônimos deste trabalho, pela tolerância e gentileza que me dispensaram durante as minhas incursões, seja nas entrevistas, ou para preenchimento de questionários, além das conversas intermináveis.

Aos meus colegas e mestres do Instituto Ômega de Estudos Holísticos e Transpessoais, de Salvador (BA).

As amigas Dra. Penha Serra, psiquiatra, e colega Emanuela Martins, pela leitura, críticas e sugestões.

A minha esposa, filho e amigos.

Amo vocês!

RESUMO

Os Doze Passos, originários de Alcoólicos Anônimos, oferecem elementos terapêuticos para codependentes. As experiências partilhadas de familiares membros de grupos de mútua ajuda, praticantes desses Passos, validam a aplicação desses Passos como recurso terapêutico para recuperação de codependentes. Além das experiências partilhadas e opiniões pessoais, promoveu-se ampla pesquisa bibliográfica da literatura aprovada por esses mesmos grupos, bem como de especialistas no assunto. Estendeu-se, ainda, a vasta bibliografia acessada a partir das indicações do Grupo Ômega de Estudos Holísticos e Transpessoais, de Salvador, Bahia.

Entendidos como meio, recurso, informação, os Doze Passos são tratados aqui como parte de um todo, assim considerada a terapia, enquanto método adequado para aliviar ou curar doentes. Serve aos terapeutas em geral como fonte de informações seguras sobre parte das experiências acumuladas por familiares codependentes praticantes da tradicional terapia leiga dos Doze Passos. Focaliza a codependência na família que convive com dependente químico, usuário de álcool e/ou de drogas ilícitas. Não vincula a dependência do familiar àquela do dependente químico. Não nega a eficácia dos programas de recuperação dos grupos de mútua ajuda para as demais dependências.

Palavras-chave: Doze Passos. Terapia. Codependência. Codependente.

ABSTRACT

The Twelve Steps of Alcoholics Anonymous originating offer therapeutic elements for co-dependent. The shared experiences of family members from (of) groups of mutual help, who practice these Steps, validate the application of those (these steps) as a therapeutic resource for recovering a codependent. Apart from shared experiences and personal opinions, promoted a bibliographical search of the literature adopted by these groups, as well as specialists in the subject. Extended, though, the vast bibliography of information accessed from the Grupo Ômega de Estudos Holísticos e Transpessoais, in Salvador, Bahia.

Understood as a means, resource, information, the Twelve Steps are treated here as part of a whole, meaning the therapy, while appropriate method to alleviate or cure the sick. Serves to therapists in general as a source of reliable information on the part of the accumulated experience of practitioners of traditional codependent family therapy lay the Twelve Steps. Codependency focuses on families living with drug addict, user of alcohol and illicit drugs. Do not assume the dependence of the family to that of the addict. Does not negate the effectiveness of recovery programs of mutual assistance groups for other dependencies.

Keywords: Twelve Steps. Therapy. Codependency. Codependent.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

2 CODEPENDENTE: ALGUÉM COMO TU; COMO EU 12

3 CODEPENDÊNCIA: A DOENÇA DA FAMÍLIA?

4 TERAPIAS, TERAPEUTAS E CLIENTES

5 PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO: EU, VOCÊ, TODOS NÓS

6 TERAPIA DOS DOZE PASSOS

6.1Trabalhando o Passo Um

6.2Trabalhando o Passo Dois

6.3 Trabalhando o Passo Três

6.4 Trabalhando o Passo Quatro

6.5 Trabalhando o Passo Cinco

6.6 Trabalhando o Passo Seis

6.7 Trabalhando o Passo Sete

6.8 Trabalhando o Passo Oito

6.9 Trabalhando o Passo Nove

6.10 Trabalhando o Passo Dez

6.11 Trabalhando o Passo Onze

6.12 Trabalhando o Passo Doze

7 CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A - CONCEITOS DO IMESC

APÊNDICE B – COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA DIAGNOSTICAR A CODEPENDÊNCIA –

DR. WHITFIELD

ANEXO B - QUESTIONÁRIO POTTER-EFRON DE CODEPENDÊNCIA

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DOS GRUPOS FAMILIARES NAR-ANON 105

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DOS GRUPOS CODEPENDENTES ANÔNIMOS –

CoDA BRASIL 107

1 INTRODUÇÃO

Oração da Serenidade

Concedei-me, Senhor, a SERENIDADE necessária para **aceitar** as coisas que não podemos modificar, CORAGEM para **modificar** aquela que podemos e SABEDORIA para **distinguir** uma das outras.

“Ninguém pode dizer com segurança quem primeiro escreveu a Oração da Serenidade” (Bill Wilson)

Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos (A.A.) tornaram-se um caminho para lidar com diversos tipos de dependência, a partir de 1938, quando foram publicados. Desde então, surgiram vários programas de recuperação para dependentes, seus familiares e codependentes assumidos.

A experiência dos grupos de mútua ajuda ou, no início, autoajuda, onde tradicionalmente são aplicados esses programas de recuperação, subsidiaram diversos programas terapêuticos profissionais. Mesmo assim, esses grupos não se apresentam como terapêuticos, em especial os pioneiros, voltados para familiares, avessos ao reconhecimento da condição de codependentes.

Os estudos sobre dependência de álcool e drogas, no seu começo, focavam apenas o usuário. Tempos depois os familiares foram contemplados. Nos anos setenta do século XX, eles passaram a ser reconhecidos como “co-dependentes”. A partir daquele período, o alcoolismo e a dependência de outras drogas passaram a ser tratadas pelos terapeutas como dependência química.

No Brasil, os “anos setenta” marcaram o início das atividades dos grupos de mútua ajuda, voltados para familiares de alcoólicos e de, na época, toxicômanos, atualmente drogadictos (dependentes químicos). Esses grupos, nas suas origens, adotaram e adaptaram os Doze Passos de A.A. nos seus respectivos programas de recuperação para dependentes e pessoas de seus relacionamentos.

O presente trabalho reúne elementos terapêuticos encontrados nos Doze Passos, originários de Alcoólicos Anônimos. Para validar a sua aplicação, envolveu-se familiares praticantes de programas de recuperação de grupos de mútua ajuda, localizados na região metropolitana de Salvador, capital da Bahia. Neste campo de pesquisa, atuaram membros de oito grupos de mútua ajuda para familiares de alcoólicos e familiares de drogadictos. Como condição para a realização de entrevistas, preenchimento de questionários e consultas diversas, houve que se

garantir aos “companheiros” o anonimato pessoal recomendado para manter a unidade dos grupos, que tratam da recuperação deles. Além das experiências partilhadas e opiniões pessoais, porque ninguém se pronunciou pela “irmandade”, promoveu-se pesquisa bibliográfica da literatura aprovada por esses mesmos grupos, bem como de especialistas no assunto. Estendeu-se, ainda, a vasta bibliografia acessada a partir das indicações do Grupo Ômega de Estudos Holísticos e Transpessoais, de Salvador, Bahia, promotor do curso de Terapia Transpessoal.

Entendidos como meio, recurso, informação, os Doze Passos são tratados aqui como parte de um todo, assim considerada a terapia, enquanto método adequado para aliviar ou curar doentes. Pretende, também, servir aos terapeutas em geral, e aos terapeutas transpessoais em particular, como fonte de informações seguras sobre parte das experiências acumuladas por familiares codependentes praticantes da tradicional terapia leiga dos Doze Passos. Focaliza a codependência na família que convive com dependente químico, usuário de álcool e/ou de drogas ilícitas. Não vincula a dependência do familiar àquela do dependente químico. Não nega a eficácia dos programas de recuperação dos grupos de mútua ajuda para as demais dependências.

O codependente aqui é apresentado como alguém que necessita de ajuda. Não basta o codependente dizer não a sua dependência. O terapeuta não pode prescrever doses de serenidade para quem necessita aceitar aquilo que não pode modificar, com sabedoria.

A desinformação leva as famílias à ansiedade e a mais sofrimento. Tendo a natureza horror ao vácuo, qualquer que seja a sua origem, não há porque esconder o tratamento dado ao tema pelos terapeutas. Para os terapeutas transpessoais, ciência e fé não se opõem porque respondem a perguntas com métodos diferentes, nem melhor nem pior, talvez complementares. Naturalmente, pesquisa e ação poderão conduzi-los a obtenção de resultados satisfatórios, espera-se.

2 CODEPENDENTE: ALGUÉM COMO TU; COMO EU

“O codependente é aquele que carrega a sua própria nuvem de chuva”.

Anônimo

Diversos são os enfoques encontrados sobre o codependente - uma pessoa que reage demais e age de menos, tido como benevolente e preocupado com as necessidades do mundo, a quem se dedica com afincamento insano. Trata-se do familiar, do colega de trabalho, do chefe, do amigo, do vizinho e todos que procuram remover as consequências dolorosas do abuso de drogas do dependente, com a intenção de minimizar ou de esconder as ocorrências cotidianas, facilitando a vida do dependente químico. Compulsivamente quer ajudar a todos, e no que se refere às pessoas que lhe são próximas, torna-se obcecado em controlá-las, em mudá-las, deixando que sua vida, seus relacionamentos, sua felicidade e sua autoestima sejam afetadas pelo comportamento do outro.

BOYD (2000), psicoterapeuta, conselheira, “ex-viciada”, registra de forma bem humorada que “codependente é alguém que descobre como você está, mas não sabe dizer como é que ele está” (p. 17). Afastado do dependente e seus problemas, segundo essa terapeuta, o codependente se desnorteia e se transforma em pessoa inútil. Sua baixa autoestima e intenso sentimento de culpa não permitem que ele se desvencilhe do dependente. Orgulhoso da cruz que carrega, normalmente não sabe se divertir, levando a vida muito a sério. Necessita da aprovação alheia, pois no fundo ele sabe que está exagerando em seus cuidados. Dessa maneira, procura ser complacente e compreender a todos por uma simples questão de reciprocidade. Suporta as ofensas, humilhações e frustrações impingidas pelo dependente. Apresentam grande tolerância para o sofrimento e desejo de ser necessário.

Codependente, para fins deste trabalho, não é considerada apenas a pessoa que convive, de forma direta e insatisfatória, com alcoólico e/ou drogadicto. Não se restringe, portanto, ao dependente de dependente químico.

Não foi encontrada uma completa definição científica para codependente. Contudo, nas últimas três décadas, o termo codependente alargou-se, sendo usado não somente para familiares de dependentes químicos, mas também para

relacionamentos afetivos tumultuados problemáticos e outras relações disfuncionais. Destacam-se nessa crescente lista pais agressivos e autoritários, crianças com problemas comportamentais, adolescentes rebeldes, delinquentes, indivíduos perturbados emocionalmente, doentes crônicos, compulsivos por sexo, jogo, trabalho, comida, compras, amor etc. Os próprios dependentes químicos, quando em processo de recuperação, podem perceber-se codependentes.

Diversos traços são observados no codependente. Registra-se, dentre eles, os seguintes, fornecidos por um membro de grupo entrevistado, competente terapeuta profissional:

- Agressivo;
- Carrega o fardo do outro;
- Compulsivo para ajudar o outro;
- Cria obstáculos à compulsão do outro;
- Confuso;
- Controlador;
- Dificulta o estabelecimento da comunicação;
- Deixa de sentir emoções positivas;
- Especialista em cuidar e controlar tudo e todos;
- Hostil;
- Inseguro para agir;
- Incapaz de dizer não;
- Incapaz de assumir o controle da própria vida e vivê-la;
- Indireto;
- Manipulador;
- Não sabe o que fazer para solucionar os próprios problemas;
- Odioso algumas vezes;
- Produz culpa, sente culpa, culpa o outro;
- Quase sempre desagradável;
- Quer sempre saber o porquê;
- Para de pensar em si, só pensa no outro;
- Reclama;
- Reacionário, geralmente reage excessivamente ou aquém do necessário;
- Sempre por perto e sempre pronto para proteger;
- Sofre;

- Sente raiva, medo, amargura, depressão, desespero, impotência;
- Sente-se inseguro.

MORAES (2007) cita outras características de um codependente, no que se refere a sua postura e visão de si próprio, dentre elas as seguintes:

- Trancar-se a necessidade de dar e receber amor;
- Não se levar a sério;
- Sentimento de derrota;
- Sentimento de culpa o tempo todo;
- Perda do controle de sua vida;
- Sentir-se usado pelas pessoas;
- Baixa autoestima, beirando o ódio a si próprio;
- Autorrepressão;
- A abundância de raiva e culpa;
- Dependência peculiar em pessoas peculiares;
- Problemas de comunicação;
- Problemas de intimidade e
- Papel de vítima.

Para a maioria dos membros de grupos de mútua ajuda entrevistados o familiar de dependente químico não é dono das histórias que escreve sobre si próprio. Vive tentando ajudar a outra pessoa, esquecendo, na maior parte do tempo, de cuidar da própria vida, anulando a si mesmo em função do outro e dos comportamentos insanos desse outro. Demonstra necessidade de controlar e mudar os outros. Ao compartilhar nas reuniões de grupo, repetem sempre as palavras “meu adicto” antes de “debulhar um rosário de lágrimas”. Casos e acasos dramáticos, conhecidos nos grupos de familiares e comentados com reservas, podem até mesmo abalar a serenidade que deveria permear aquelas salas, requerendo adequada coordenação de suas reuniões. Quando isso não acontece, sorrisos e até aplausos aparecem diante de relatos embevecidos sobre situações do tipo “ah, o meu alcoólico está bem melhor; já está até escovando os dentes”. Recém-chegados a esses grupos têm suas partilhas eivadas de frases como “quem precisa de tratamento é ele”, “nada disso tem a ver comigo”, “a doença é dele” etc. Em sua condição patológica, o codependente é incapaz de distinguir “abstinência” da “recuperação” do dependente.

Tradicionalmente, nas reuniões de familiares de alcoólicos e de drogadictos, conforme apuramos, os seus membros não se apresentam como codependentes. Consideram-se apenas, por exemplo, “um Nar-Anon em recuperação” ou “um Al-Anon em recuperação”. Experiente membro de grupo entrevistado assegurou que,

ao por em prática o programa de recuperação da irmandade, deixara de ser codependente. Para ele, codependente era quem impedia a recuperação do dependente, preferindo manter um culpado para a insanidade da família, mascarando a própria incompetência para enfrentar a sua realidade.

Dessa maneira, parece estranha a informação de que os termos “co-alcoólico”, “co-alcoólatra” ou “co-dependente” tenham sido criados nos Grupos Familiares Al-Anon, fundado nos Estados Unidos em 1951. Normalmente, esses grupos evitam controvérsia, motivo pelo qual não discutem o assunto em suas reuniões. Alegam que “rótulos” como “codependente” tendem a envolver o dependente, quando o programa de recuperação requer o foco em si próprio, nunca no outro. O termo, considerado profissional, não constava da “literatura aprovada” desses grupos, salvo como uma espécie de antiga e renovada advertência em “literatura de serviço”. Contudo, os membros de Al-Anon não se consideram impotentes perante o alcoólico (dependente), mas ao álcool (substância), conforme o enunciado do seu Passo Um, alegando ser necessário se manterem em igualdade com os dependentes.

De forma pioneira e significativa, os Grupos Familiares Nar-Anon, legalizado nos Estados Unidos desde 1971, adaptaram o Passo Um declarando, no seu enunciado, a impotência do praticante do programa perante o dependente (adicto), e não a substância (droga).

Os grupos Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA), conforme website próprio, acolhem codependentes exclusivamente do sexo feminino. Esses grupos foram criados a partir da edição do livro "Mulheres que Amam Demais", de 1985, da psicóloga e terapeuta familiar Robin Norwood, que se baseou na sua própria experiência e na experiência de centenas de mulheres envolvidas com dependentes químicos. Ela percebeu um padrão de comportamento comum em todas elas e as chamou de "mulheres que amam demais". No final do livro, conforme site, ela sugere como abrir grupos para tratar da doença de amar e sofrer demais.

Encontram-se no sul e sudeste do país, ainda em pequeno número de salas, os grupos Codependentes Anônimos – CoDA Brasil, destinados a codependentes em geral, conforme site próprio, não se concentrando nos familiares de dependentes químicos, a exemplo do Nar-Anon.

Entendem servidores dos grupos de mútua ajuda entrevistados que a tarefa maior deles seja “construir pontes”. Revelaram que “não podem empurrar correntes, apenas arrastá-las”. Com coragem, buscam modificar coisas que podem ser modificadas. Acreditam ser necessário “criar coragem para mudanças numa sociedade que vicia, apesar dos entraves gerados por institutos que a permeiam”.

BOYD (2000) coloca que cada pessoa “pode se tornar codependente não apenas em relação a pessoas que lhe são mais próximos afetivamente, como até a pessoas de quem não gosta, como o chato do vizinho” (p. 17).

Diante dos fatos apontados, fica o entendimento básico de que “dependentes e codependentes vivem nos extremos”. Contudo, são pessoas como eu, como você, como nós.

3 CODEPENDÊNCIA: A DOENÇA DA FAMÍLIA?

Vivemos com a dependência afetiva à nossa volta, a aceitamos, a permitimos e a patrocinamos. Vivemos numa sociedade cúmplice dos desmandos do amor.

Walter Riso

Avançadas pesquisas científicas recentes estão sendo processadas nas áreas da Psiquiatria e da Psicologia Experimental, juntamente com a Neurobiologia. Todas elas se esforçam para identificar os elementos emocionais e biológicos que contribuem para alterar o equilíbrio do prazer (homeostase hedonista). Estas alterações dão origem àquilo que se conhece como drogadição ou drogadicção (droga-adicção). A palavra "adicção", em português, é um neologismo técnico que quer dizer, de fato, "drogadicção".

Para BALLONE (2005), in. Psiqweb, Internet, a maioria das definições de adicção ou adição a drogas ou dependência de substâncias, inclui descrições do tipo "indivíduo completamente dominado pelo uso de uma droga (uso compulsivo)", seguida dos vários sintomas ou critérios que refletem a perda de controle sobre o consumo de drogas. Em seu artigo, BALLONE argumenta que a drogadicção, neurologicamente, deve ser considerada uma doença por estar ligada a alterações na estrutura e funções cerebrais. Isso a torna fundamentalmente uma doença cerebral. O uso de drogas, no seu início, é um comportamento voluntário, mas com o uso prolongado um "interruptor" no cérebro parece ligar-se, e quando o "interruptor" é ligado, o indivíduo entra em estado de dependência química caracterizado pela busca e consumo compulsivo da droga. Assegura BALLONE que "a dependência química não é uma doença aguda por se tratar de um distúrbio crônico e recorrente". Essa recorrência é tão contundente, que raramente ocorre abstinência pelo resto da vida depois de uma única tentativa de tratamento. As recaídas da drogadicção são a norma, segundo ele. Portanto, a adicção deve ser abordada mais como uma doença crônica, como se fosse diabetes ou hipertensão arterial.

Para KELEMAN (1995), "o cérebro não é um interruptor que liga e desliga". "Nem uma central telefônica" (p. 40). Trata-se de um componente do processo de formação, tanto quanto as demais partes do corpo. Apresenta-se como "um oceano

vivo de correntes eletro-hormonais geradas pelo soma total, que inclui o próprio cérebro” (p. 40).

Segundo o Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), através do “Infodrogas”, serviço que presta através do seu site na Internet, a dependência faz parte da natureza das pessoas, uma vez que toda a existência humana está compreendida entre estados de dependência. Trata-se de um fenômeno complexo resultante de três fatores primordiais: sujeito, produto (droga) e contexto sócio cultural. Durante a vida, o ser humano cria relações de dependência com objetos, pessoas e situações. Algumas dessas relações são importantes para o bem-estar. Outras causam prejuízo, perda de autonomia etc. A dependência é um vínculo extremo onde a droga é priorizada em detrimento de outras relações. Na falta da droga, as pessoas que se acostumaram ao seu consumo são invadidas por sintomas penosos. Dependência, conforme explicita o IMESC, pode ser a consequência de um desejo sem medida e se constitui a partir de três elementos:

1. a substância psicoativa com características farmacológicas peculiares;
2. o indivíduo com suas características de personalidade e sua singularidade biológica;
3. o contexto sócio cultural dinâmico e polimorfo, onde se realiza o encontro entre o indivíduo e o produto.

Existem, ainda, conforme o IMESC, dois tipos de dependência, a saber:

- dependência física;
- dependência psíquica.

Consta do infodrogas do IMESC que o termo dependência foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1964, para substituir outros com maior conotação moral como “vício”. Tal posição parece controversa diante da propriedade da palavra “vício”, haja vista a aparente facilitação envolvida. Por ocasião da 9ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças, os aspectos psicológicos e físicos foram unificados sob a definição de dependência de drogas. Esta mudança ocorreu, pois no passado julgou-se erroneamente que as drogas que induziam a dependência física (e conseqüentemente à síndrome de abstinência) seriam aquelas perigosas (por isso foram chamadas de drogas pesadas - “hard drugs”), ao contrário das que induziam apenas dependência psíquica (as drogas

leves - "soft drugs"). Sabe-se hoje que várias drogas, sem a capacidade de produzir dependência física, geram intensa compulsão para o uso e sérios problemas orgânicos. Portanto, soaria estranho classificá-las como drogas "leves". Assim, hoje se aceita que uma pessoa seja dependente, sem qualificativo, enfatizando-se que a condição de dependência seja encarada como um quadro clínico.

Do CID 10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993) consta que a síndrome de dependência é:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central desta síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ser medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um aparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que ocorre com indivíduos não dependentes.

BOYD (2000), diz que nunca conheceu um viciado que não fosse também codependente (p. 16). Afirma que o vício talvez seja a única doença que o viciado tem de entender para se curar. Codependência é o vício de estar sempre procurando as coisas em outro lugar, podendo incluir substâncias químicas ou comportamentos, assegura. Comunga que, em geral, significa um certo tipo de dependência de outras pessoas. Esclarece que todo viciado em drogas é codependente, mas nem todo codependente é viciado em drogas.

HUMBERG (2005) denomina codependência como "dependência do vínculo", pois não está restrita a familiares de dependentes, mas à um histórico de desestruturação familiar, ressaltando que o conceito de desestruturação pode ser bastante amplo. Considera que, da mesma forma que existem dependentes de drogas, sexo, trabalho etc., existem dependentes do outro. Esclarece que "a possibilidade de desenvolvimento da dependência é da pessoa", revelando-se "na relação com um outro que tenha uma possibilidade complementar, posto que é uma dependência do vínculo dos dois". A dependência "aparece nesse relacionamento com um outro complementar que não pode ser visto como uma pessoa separada, mas como algo para preencher suas necessidades, vazios, para ser depositário de suas projeções, e é objeto de intenso amor e ódio" (p. 94). Essas emoções surgem

quando o outro não está disponível para suas necessidades, revelando sua existência separada, causando imensa angústia, que é transformada em ódio.

Diante da invalidade diagnóstica dos conceitos de codependência, HUMBERG (2005) disserta sobre a importância da definição do termo para utilização da melhor maneira possível, de modo a ajudar quem está sofrendo, evitando que o conceito se perca, passando a ser usado abusivamente ou de maneira errônea, ou seja, simplificando o complexo fenômeno, estereotipando os clientes e negando as diferenças, deixando de escutar a singularidade de cada história familiar. Para essa psicanalista, a codependência deve ser encarada como uma doença crônica, assim como diabetes e hipertensão, exigindo contínua vigilância.

Convém observar que, não sendo o trauma uma doença para a Somatic Experiencing (SE) da Foundation for Human Enrichment, a codependência tratada por essa técnica seria considerada apenas uma distorção de um processo natural. Para LEVINE e FREDERICK (1999) “é mais fácil prevenir o trauma que curá-lo” (p. 47). “O trauma não só pode ser curado, mas, com orientação e apoio apropriados, pode ser transformador” (p. 15). Prevenir a codependência é realmente difícil. Curá-la, contudo, passa pela restauração dos limites, sem pressionar, mas com firmeza, conforme orientação da SE.

Ainda sobre trauma, FRIEDMAN (2009, p.51), tratando de psicoeducação, concorda que “o aconselhamento por pares é um poderoso processo de grupo para portadores de TEPT” (transtorno de estresse agudo e pós-traumático), “semelhante ao grupo Alcoólicos Anônimos”, por oferecer “um contexto de apoio por pares, no qual cada participante pode readquirir o controle sobre a própria vida buscando formas mais eficazes de lidar com os sintomas”.

O conceito de codependência suscita inúmeras críticas. Aponta-se, por exemplo, a sua extensão para todos os tipos de família, valendo o termo dependência para tudo, de relacionamento a gasto excessivo. FRANK; GOLDEN, citados por HUMBERG (2005), “reforçam que o prefixo ‘co’ implica coautoria, corresponsabilidade e que isto vai contra o trabalho com mulheres abusadas” (p.23), tidas como não responsáveis pelo comportamento violento dos seus abusadores.

Este trabalho dá preferência à manutenção do termo codependência, sem hífen, em conformidade com a nova ortografia da língua portuguesa. Ao mesmo

tempo, é favorável a revisão das suas conceituações, aproximando-as do conceito de dependência do vínculo, defendido por HUMBERG.

ZAMPIERI (2004) destaca alguns subtipos, ou algumas situações, como segue (p. 134):

- codependência intersistemas;
- codependência conjugal;
- codependência familiar;
- codependência grupal;
- codependência social;
- codependência institucional;
- codependência sexual.

Enquanto sugestão para um trabalho mais aprofundado, reunimos as características da codependência mais citadas por essa especialista (p. 68):

Características centradas na pessoa”

- dificuldade de identificar uma autoimagem;
- dificuldade de expressar ou de identificar sentimentos;
- senso de vitimização;
- grande ansiedade acerca da intimidade.

Características centradas na relação com um par”

- atração por pessoas explosivas;
- controle compulsivo de outrem em relacionamentos;
- necessidade de ajudar acompanhada de sofrimento (ou assumir compromissos abandonados por outrem);
- preocupação constante com uma pessoa dependente (ou relação disfuncional com alguém exageradamente dependente, ou necessidade de ter um propósito nos relacionamentos), expressa muitas vezes com um pessimismo acerca do futuro.

Características sistêmicas mais amplas”

- descuido das próprias necessidades em prol de alguém ou pela sobrevivência do sistema familiar;
- repetição desse padrão em grupos extrafamiliar mesmo que não haja risco real de falência do sistema.

Junto aos grupos pesquisados, verificamos que tanto o alcoolismo quanto a adicção são tidas como uma doença da família. Os Grupos Familiares Al-Anon (para familiares de alcoólicos), bem como dos Grupos Familiares Nar-Anon (para familiares de drogadicções) entendem que essa doença afeta os relacionamentos dos que estão próximos ao usuário. Para eles, pais, cônjuges, velhos amigos, empregadores e todos que se preocupam muito com o alcoólico ou dependente químico, sofrem devido ao seu comportamento desnordeado. Tentam controlar e se envergonham com as cenas causadas pelo dependente. Logo começam a pensar

que são os culpados e assumem a culpa, os medos e as responsabilidades do dependente. Assim, se tornam doentes também. Aprendem que a dependência química é uma doença – não uma questão moral. Afirmam que “é uma doença dupla: uma alergia física ligada a uma obsessão da mente”. Pode ser controlada, mas nunca curada. Sob este aspecto, conforme membros entrevistados, ela é similar a diabetes ou a hipertensão arterial. Somente completa abstinência do uso de drogas sob qualquer forma, inclusive a de medicamentos, é que se pode controlar a doença. Entendem eles que não podem impedir o uso de drogas de um adicto. Ninguém, nem mesmo o médico, o clérigo ou a família pode fazer isto por ele ou ela. Para os membros desses grupos, o uso compulsivo de drogas não indica falta de afeto pela família. Não é uma questão de amor, mas de doença. O dependente químico perdeu a capacidade de escolher em matéria de álcool ou drogas. Mesmo quando sabe o que acontece, quando toma o primeiro gole, pílula ou teco, ele o fará. Essa é a “insanidade” em relação a essa doença, conforme os entrevistados.

Para os Codependentes Anônimos, em conformidade com as informações do seu site próprio, codependência é a incapacidade de manter e nutrir relacionamentos saudáveis com os outros e consigo mesmo. Levam em conta que nos relacionamentos codependentes não existe a discussão direta dos problemas, expressão aberta dos sentimentos e pensamentos, comunicação honesta e franca, expectativas realistas, individualidade, confiança nos outros e em si mesmo. Os seus membros se reúnem para compartilhar e se apoiarem durante a jornada de autoconhecimento e de aprendizado do amor próprio. Entendem, a exemplo dos demais grupos de mútua ajuda, que a prática diária do seu programa de recuperação permite que cada um deles fique íntegro com relação às suas histórias pessoais e aos seus próprios comportamentos codependentes.

Considerando a drogadição como uma doença reflexiva, que atinge a família, os membros de Nar-Anon admitem que, também, estão adoecidos. Em suas reuniões eles não se declaram codependentes nem discutem o assunto, considerando-o controverso. Contudo, encontramos o tema em destaque, com substancial texto redigido, em um site americano daquela irmandade. Admitem membros de grupos Nar-Anon da área pesquisada, que são dependentes de dependente, mas não da droga usada pelo dependente.

Neste trabalho a codependência é tratada como uma doença, que pode atingir toda uma família. A codependência é complexa, assim como as pessoas o são. Cada caso é um caso, pois cada indivíduo é único.

4 TERAPIAS, TERAPEUTAS E CLIENTES

Se você não estivesse à altura de fazer uma tentativa de aceder às minhas condições, não teria eu o direito nem, na verdade, o poder de oferecer-lhe ajuda.

H. K. Challoner (O Caminho da Cura)

A terapia familiar, em conformidade com DORSCH (2001), é uma forma especial de terapia em que a família é tratada como grupo pré-formado. As concepções diferentes de ordem teórica e técnica da terapia familiar se baseiam em experiências da terapia do comportamento, psicanálise, análise transacional etc. Referem-se às teorias da comunicação, da informação, dos jogos, entre outros, onde a pressuposição comum é admitir-se que alterações do sistema familiar de relações levam a alterações no comportamento e na vivência dos membros da família. Distingue-se entre neuroses familiares sintomáticas, em que o conflito familiar se “delega” a um único sintoma, e neuroses familiares assintomáticas, cuja capacidade de funcionamento se restringe a manter “arranjos neuróticos” de relacionamento.

CASTILHO (2001), especialista em terapia familiar, escreveu um artigo sobre o tema e a drogadição, onde analisa, a partir da sua experiência pessoal, teórica e clínica, as dificuldades do terapeuta em encontrar o seu lugar em famílias com paciente que se droga, principalmente naquelas onde o poder é o centro de uma batalha acirrada internamente. Este poder, afirma, é representado pelo sintoma drogar-se, cuja força paralisante envolve toda a família e esta, por sua vez, projeta no terapeuta suas dificuldades e responsabilidades. Registra que a sua vivência com famílias mais disfuncionais e rígidas lhe ensinou a importância de atender a família inteira na primeira sessão. Entendendo que ser terapeuta familiar não é uma tarefa fácil, ela afirma que “curar uma família é uma tarefa impossível” (p. 120).

Nos grupos de mútua ajuda da região metropolitana de Salvador, campo de pesquisa deste trabalho, desconhecia-se situações de participação integral de um núcleo familiar nas suas reuniões. Era até admirada, pela raridade, a participação efetiva de casais. Entretanto, é considerável o número de pessoas isoladas de famílias desagregadas pela dependência química que passam pelos grupos.

Diversos membros mais antigos dos grupos de familiares estimaram números bastante significativos para seus pares que não têm coragem de “encarar” um

programa de recuperação, depreciando-os muitas vezes por puro desespero. O estado de sofrimento aparente e lastimável dessas pessoas, pelo que se pode avaliar, requer alternativas para os recursos oferecidos por aqueles grupos.

SERVICES (1996) registra que Lois W, cofundadora do Al-Anon, falando sobre os princípios da irmandade, disse: “Não acho que o Al-Anon seja um programa único”. “Estes princípios do Al-Anon são para serem vividos, não para serem usados apenas aos domingos”. “Não se pode mudá-los de acordo com o nosso humor” (p. 9).

Percorrer o suave caminho ao longo dos Doze Passos, conforme recomendações de CARNES (2001), através de uma terapia individual - procedimento fomentador do processo de individuação - seria uma alternativa de valor considerável para codependentes. O roteiro apresentado pelo especialista é clássico para todas as pessoas em processo de recuperação, semelhante, em essência, àquilo que seria a terapia leiga de codependentes nos grupos de mútua ajuda.

Conforme DORSCH (2001), “todas as escolas terapêuticas mencionam como condição necessária da terapia, uma relação positiva entre paciente e terapeuta. Na Psicanálise, a regra da abstinência prescreve evitar toda comunicação que vá além dos fins da terapia. O terapeuta deveria comportar-se passivamente, de maneira neutra e benevolente do ponto de vista dos sentimentos, e ter uma atenção flutuante. O fato de o terapeuta recusar-se às necessidades neuróticas do paciente mantém a pressão do sofrimento como fonte e motivação da terapia. A regra básica da Psicanálise exige que o paciente diga tudo que no momento pensa e sente” (p. 930). Para Freud (DORSCH, 2001) “esta regra básica não é uma condição inicial quase impossível de satisfazer, mas a meta da terapia” (p. 930). Contudo, há quem duvide seriamente se tais conceitos poderão manter-se no futuro, que já começou.

A prática de hoje da relação terapêutica, ainda conforme DORSCH (2001), “mostra, tanto na terapia individual, como na terapia de grupo (terapia de corpo etc.), uma grande tensão, sobretudo no tocante ao domínio do terapeuta (guru)” (p. 930). Freud exigira deixar o tratamento psicoterapêutico totalmente no âmbito do psíquico. As correntes de hoje requerem, ao contrário, a atuação – desde a repetição do comportamento infantil até as relações sexuais. “O terapeuta deveria levar em conta sua responsabilidade especial quanto ao resultado negativo da terapia e suas

funções como observador analítico, facilitador, figura de transferência, modelo, agente reforçador e detentor do poder” (p. 931).

A experiência de grupos de mútua ajuda sugere que a codependência na família não é percebida e sentida igualmente por todos os seus componentes. A negação da situação de crise é comum, se constituindo numa raridade a participação de mais de um componente de uma mesma família nos grupos de mútua ajuda. Na sua prepotência, muitos desses codependentes preferem buscar apoio institucional que prometa cura, seja por parte de religiosos ou de profissionais, numa relação assistencialista e consumista ineficaz.

A população não é atraída para um tratamento adequado, onde os ensinamentos de Carl R. Rogers (ROGERS, 1997) preencham os espaços invadidos por consultas apressadas e superficiais. Isso se constitui num sério problema brasileiro.

Observa-se, também, as intransigências de terapeutas, presos a normas rígidas, passíveis de revisão procedimental, desestimuladoras para quem, isoladamente, consegue pedir ajuda. Acumula-se a aplicação inadequada de algumas excelentes técnicas de cura, a exemplo da “respiração holotrópica”, de Grof, não respeitando aquilo que BAUDIN e TORA (1997) escreveram, ou ainda regressões a vidas passadas, desvirtuando os procedimentos de WOOLGER (2004) e TENDAM (1997). Contudo, convém lembrar que, para DAHLKE e DETHLEFSEN (1995), “pessoas cuja meta é a iluminação não têm tempo para a ciência; elas precisam de conhecimento” (p. 7).

SACCU (2001), respondendo a um aluno, disse que é possível trabalhar só no racional, pois há pessoas que organizam a realidade de forma mais simples. “Se você é primitivo e pensa que tudo o que se passa no mundo é porque Deus o fez, você pode viver de modo simples, como fizeram os antigos, pensando que a terra estava parada no centro e os outros planetas ao seu redor” (p. 15). Porém fica muito difícil fazer o percurso dos astronautas seguindo este modelo. Nele, o máximo que se pode fazer é sair do barco. Mas, se quisermos sair com os astronautas, temos de pensar em um modelo mais complexo.

Comenta-se que a reforma psiquiátrica brasileira servirá de modelo para um programa global, em desenvolvimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Verifica-se que a sua proposta inclui ampliar o acesso às terapias, garantindo os

direitos humanos, porém privilegiando o tratamento ambulatorial. O modelo brasileiro começou a ser desenhado nos anos 1980, inspirado na experiência italiana. A estratégia ganhou impulso no início deste século, com a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por rede integrada, formada por núcleos de atendimentos, redes de apoio, hospitais-dia. Desde então, críticas surgiram, em especial quanto ao tratamento ambulatorial, que não seria eficiente para todos os casos. Por outro lado, acabar com as vagas de hospitais psiquiátricos, restringiria acesso de pacientes ao tratamento.

A percepção ilusória de que estamos separados dos objetos e das pessoas, gera em nosso psiquismo uma crise de fragmentação. Essa crise dá origem aos apegos, às identificações parciais e às consequências patológicas, tanto ao nível físico quanto ao nível emocional. Para SALDANHA (1999) “o conceito de unidade fundamental do ser, ou da não fragmentação, é a sustentação do embasamento teórico do processo terapêutico” (p.42).

ZAMPIERI (2004) mostra critérios para diagnóstico e sugere formas de intervenção em rede. Aborda casos variados, como dependência conjugal, familiar, grupal, social, institucional e sexual. Lança mãos de conceitos da neurofisiologia, do psicodrama, da teoria sistêmica e da física. Lembra que “os indivíduos são subsistemas na família”, que “cada pessoa pertence a mais de um subsistema ou “hólon”, com diferentes graus de poder, função e complementaridade” (pp. 155 e 156). Considera que, por estabelecer conexões rígidas de codependência, é possível inferirmos que um codependente não responde conforme realmente quer. Não se mostra como de fato é nem sabe como realmente é. Cada um precisa do outro. “O palco da codependência é um contexto por excelência fechado e mantenedor de conservas” (p. 154).

O epistemólogo chileno Maturana, considerava que “a mudança é algo que só pode nascer de nossa experiência” (CASTILHO, 2001, p. 120). Krishnamurti (2008) acrescentou que “o essencial é experimentar” (p. 60). O nosso entendimento é de que um programa de recuperação para codependentes é um programa de ação, de mudanças que exigem coragem e sabedoria.

5 PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO: EU, VOCÊ, TODOS NÓS

Recuperação é quando a diversão se torna diversão; o amor se transforma em amor; e a vida merece ser vivida.

Melody Beattle

A recuperação é um processo de reconstrução, quase nunca suave, que poderá se desenvolver ao longo do tempo. É um momento de reorganização consciente e consentida, de mudança de estilo de vida, de aquisição de comportamentos saudáveis. Começa com dor, a dor da restauração de relacionamentos afetivos importantes, porém diferente da dor da morte desses sentimentos provocada pela codependência.

O programa dos Doze Passos é um recurso de utilidade pública, mundialmente reconhecido, insuficientemente divulgado, não raro distorcido, aplicável a diversos tipos de dependência. Já foi dito que qualquer programa de tratamento atual combina filosofia, psicologia e a “religião dos Doze Passos”. Algumas pessoas chegam a atribuir a Alcoólicos Anônimos, precursor dos grupos de mútua ajuda, a responsabilidade pela expansão do ocultismo estabelecido pela Maçonaria. Consideram Bill Wilson, cofundador de A.A, um bêbado, ateu, místico envolvido com experiências com LSD, que manipulou um deus genérico através dos Doze Passos. Abusos de confiança dessa natureza se constituem absurdo, mesmo diante do vácuo estabelecido pela ignorância dos vários atores envolvidos. Por certo, não passa de uma visão míope, parcial, intolerante.

O funcionamento das associações, ditas irmandades, incorporadoras de grupos de mútua ajuda que adotam os Doze Passos, pode ser explicado, segundo BOYD (2000), “pela lista das cinco necessidades hierárquicas do ser humano, elaboradas pelo terapeuta Abraham Maslow (p. 109). Observa-se que, do atendimento das necessidades primárias, no caso o amor, depende as secundárias (segurança) e assim por diante. Somente quando desfrutam a companhia de seus iguais, é que os membros desses grupos podem alcançar a terceira das necessidades, qual seja, pertencer, sensação de fazer parte de um grupo. A autoestima e a autorrealização, quarta e quinta das necessidades, virão para aqueles que fizerem progresso no programa de recuperação. Esse programa não

cogita perfeição, devendo ser aplicado um dia de cada vez, mantendo a simplicidade.

No campo de pesquisa deste trabalho, foi revelado, através de depoimentos, que a recuperação do familiar é difícil por que:

- o programa exige integridade e leva o codependente a fazer coisas que, em principio, não faria;
- os codependentes não são pacientes e gentis consigo e se apressam em obter recompensas que não são visíveis de imediato;
- as mentes dos familiares são fechadas;
- os codependentes querem mudar os outros;
- familiares confundem humildade com subserviência, aceitação com passividade e submissão com humilhação;
- codependentes não dão tempo ao tempo;
- ...não sabem que compaixão é amor;
- ...não são generosos nem criativos;
- ...confundem recuperação com abstinência;
- ...não reconhecem a adicção como uma doença da família;
- ...não trabalham os Passos, as Tradições e os Conceitos de Serviço da irmandade com suavidade, serenidade e a mesma importância;
- ...trabalham os Passos, Tradições e Conceitos de Serviço da mesma maneira compulsiva como tratam suas vidas;
- ...se levam muito a sério;
- ...não têm fé, esperança e caridade;
- ...não partilham suas experiências, forças e esperanças;
- ...não retornam ao grupo.

O programa de recuperação dos grupos de mútua ajuda é concreto – não abstrato. Foi verificado em campo que seus membros trabalham o programa quando:

- frequentam as reuniões de grupo;
- admitem sua impotência;
- concentram-se no hoje;
- esforçam-se pelo equilíbrio em suas vidas;
- escolhem um padrinho ou madrinha;
- fazem, diariamente, uma meditação;
- adotam um lema diário;
- mantêm uma sobriedade definida;
- coordenam uma reunião de grupo;
- trabalham ativamente em um Passo;
- usam o telefone para pedir ajuda;
- ajudam as pessoas a obterem apoio e solução para seus problemas de dependência e dificuldades;
- assumem responsabilidade sobre suas escolhas, sentimentos e atos;
- fazem algo para reparar o mal que tenhamos causado;

- são honestos acerca de seus erros e deficiências;
- aplicam esses princípios em todas as suas atividades.

Depoimentos de vários membros entrevistados revelaram que “trabalhar o programa” não apresenta um significado mais claro do que o das palavras com que se apresentam, tendo cada membro de grupo a sua própria definição. “Frequentar as reuniões dos grupos é a pedra fundamental da recuperação”. Não se frequenta reunião para diversão, entretenimento ou chocar com histórias de horror, mas para discutir ideias da irmandade, pensando profunda e refletidamente sobre aquilo que se ouve e se fala construtiva e claramente a fim de ajudar os outros. Porém, muito acontece fora das reuniões, sugerindo a aplicação do programa nas atividades cotidianas.

Verificou-se que os grupos de mútua ajuda priorizam a realização das suas reuniões em locais seguros, onde os seus membros possam partilhar confortavelmente. Eles compartilham experiências, forças e esperança, de modo que “todos ouvem para aprender e partilham para aliviar, nunca ensinar”. O anonimato, base espiritual de todas as suas Tradições, lhes assegura a liberdade de falar livremente e garante que “nenhum membro ou problema é maior ou menor que qualquer outro”. Não existe governante nesses grupos, que não são secretos. Sequer é exigida comprovação de identidade, não havendo ficha de associado nem cobrança de taxas. Nada é obrigatório. São autossuficientes, não endossam nem emprestam os seus nomes a qualquer empreendimento de fora, não entram em controvérsia pública.

O apadrinhamento (padrinho ou madrinha) é considerado uma importante “ferramenta de recuperação”. Para NAR-ANON (2009) “um padrinho (ou madrinha) é um membro dedicado a viver os princípios do programa Nar-Anon, ao praticar os Doze Passos e as Doze Tradições no máximo da sua habilidade”. Trata-se de alguém que atingiu o nível de recuperação buscado pelos “mais novos” e a quem os “companheiros” (tratamento entre membros) podem se dirigir para uma relação mais direta, de modo a obter sugestões e direções de prática do programa, ajudando na recuperação.

Servidores de confiança, eleitos pela “consciência de grupo” - livre e consciente manifestação da maioria do grupo, se possível por unanimidade - respondem perante aqueles a quem servem. Não fazem propaganda; elegem a

atração como o fator mais importante na divulgação da irmandade. Colaboram com a comunidade de profissionais de saúde, da mídia, dos órgãos da segurança pública, advogados etc.

A literatura dos grupos de mútua ajuda é específica, fruto das experiências dos membros mais antigos. Todos são livres para ler e fazer o que bem quiserem, mas nas reuniões somente é admitida a literatura própria da “irmandade”.

Os grupos de mútua ajuda, no Brasil, são legalizados na forma de uma associação, com sede central em alguma unidade da federação. Contudo os seus membros as reconhecem como uma irmandade, dada a amorosidade que “deveria” reinar entre eles, onde não há imposições, e em consonância com as suas Doze Tradições. As suas relações internas, não objeto deste trabalho, são deveras muito interessantes, e enquanto práticas administrativas de terceiro setor, podem beneficiar a sociedade pelos seus aspectos inovadores, porém contidos.

Além dos Doze Passos, a receberem tratamento especial adiante, o programa de recuperação dos grupos de mútua ajuda é complementado pelas Doze Tradições e pelos Doze Conceitos de Serviço. As “Tradições” são uma espécie de declaração de princípios necessários para a manutenção da unidade desses grupos. Para SALDANHA (1999) “a vivência da unidade traz sentimentos de paz, de confiança e de entrega, resultando em desapego, serenidade e harmonia” (p.43). Por sua vez, os “Conceitos” servem para orientar a prática sugerida no Passo Doze, qual seja, levar a mensagem de recuperação da irmandade àqueles que necessitam de sua ajuda. Há quem acrescente alguns ou vários lemas, enquanto recurso para a recuperação diária, constituído por frases curtas, de fácil lembrança, aplicável em momentos de dificuldades. Dentre eles, os seguintes são os mais usados pelos entrevistados:

- Só por hoje;
- Um dia de cada vez;
- Primeiro as primeiras coisas;
- Vá com calma;
- Viva e deixe viver;
- Escute e aprenda;
- Que comece por mim;

- Mantenha a mente aberta;
- Mantenha simples;
- Pense.

Existem, também, declarações suplementares, encontradas em links americanos do website do Nar-Anon do Brasil, em 2009, denominadas Doze Promessas e Doze Sinais de um Despertar Espiritual, além das Orações dos Passos, que não eram conhecidas pelos entrevistados, nem constavam da literatura aprovada em uso nos grupos Nar-Anon pesquisados.

A Oração de Serenidade, apresentada na introdução deste trabalho, é considerada como a ferramenta muito poderosa. Segundo A.A., ninguém pode dizer com segurança quem primeiro escreveu aquela oração. Apesar dos grupos de mútua ajuda não serem ligados a qualquer religião, é requerido dos seus membros uma certa religiosidade. É a maneira encontrada, conforme explicado por vários membros entrevistados, para a procura de respostas e serenidade na prece e na meditação diária. Aprende-se nos grupos de mútua ajuda que, não podendo modificar os outros, com coragem poderão dar os passos necessários para mudar a si próprios e encontrar a paz e serenidade em suas vidas.

Verifica-se que o companheirismo é fundamental na obtenção de apoio e efetivas soluções para as dificuldades dos familiares e codependentes. Estabelecer limites rompidos ou inexistentes e promover desligamento com amor é simples e, como tal, parece fácil. Porém, “o que é fácil, ilude”, advertiu um experiente membro de grupo entrevistado. Partilhas de “companheiros” de grupos trazem informações importantes. Nas reuniões presenciadas entre os meses de maio a agosto de 2009, em grupos de mútua ajuda na cidade de Salvador, pudemos ouvir frases como “saúde é ritmo; doença é falta de ritmo”, ou “deixei de ser esponja; agora estabeleço limites, de forma educativa, com compaixão e firmeza, sem pressão nem repressão, só por hoje”. Partilha-se que “quem ama, dá limites, mas para dar limites é preciso estar presente, mostrando como fazer escolhas, como proteger, como ser realmente livre, com a responsabilidade de ser eu mesma, um dia de cada vez”. Sabe-se que, em geral, pessoas dependentes não são boas em pedir ajuda. As atividades extras desses grupos, como um simples telefonema, mini encontro, convenções e até bate

papo amigável na lanchonete, após a reunião, revitalizam principalmente quem já não convivia socialmente.

No Brasil, projeto de lei já aprovada na Câmara dos Deputados, atribui apenas ao médico a competência para diagnosticar doenças. Mesmo não se tratando de assunto específico, a este trabalho foram anexados quatro distintos questionários para apreciação de terapeutas. Todos eles, exceto o Anexo III, originário dos Grupos Familiares Nar-Anon, aqui foram utilizados, sem a intenção de confirmar ou negar qualquer hipótese levantada pelos seus autores. Diante da necessidade de manutenção do anonimato dos membros dos grupos pesquisados, este trabalho foi desenvolvido sem a preocupação com o rigor de determinado método, inclusive a técnica de Delfos, onde as entrevistas são anônimas para que os informantes não se sintam inibidos. A intenção é reunir elementos terapêuticos e disponibiliza-los para terapeutas, de modo que cada um deles venha ou não concluir que a família de dependente químico pode ser um modelo do qual se obtenha informações sobre a codependência.

Portanto, este trabalho não se propõe a fornecer suporte intervencionista. Os Doze Passos estão ao alcance de olhares humanos, quer sejam mecanicistas ou relativistas. A espiritualidade que encerram poderá servir como recurso capaz de iluminar caminhos, sem a preocupação de definir luz como onda ou partícula.

6 TERAPIA DOS DOZE PASSOS

Não busques por enquanto respostas que não lhe podem ser dadas, porque não as poderia viver. Pois trata-se precisamente de viver tudo. Viva por enquanto as perguntas. Talvez depois, aos poucos, sem que perceba, num dia longínquo, consiga viver a resposta.

Rainer M. Rilke

O estudo desses Passos é essencial para o progresso no programa de recuperação dos grupos de mútua ajuda. Os princípios que encerram são universais, aplicáveis a todas as pessoas, qualquer que seja o seu credo. Nos grupos, seus membros se esforçam por uma compreensão mais profunda desses Passos e pedem ao Poder Superior, que cada um deles concebe, a sabedoria necessária para aplicá-los às suas vidas. A sabedoria dos Passos é tão grande que as suas formulações nunca aparecem de forma imperativa. Trata-se apenas de um conjunto de afirmações, contendo uma série de atitudes tomadas por pessoas que se recuperaram. Estudá-los exige mais do que simplesmente considerá-los em seu todo. É preciso compreender os seus detalhes para metodizar sua prática de forma correta. Os pormenores dos enunciados, bem como a lógica da sua sequência, não ficam transparentes através de mera leitura textual.

Para AL-ANON (1998), “os três primeiros Passos sugerem que nossos recursos humanos, tais como inteligência, conhecimento, força e até esperança, não são suficientes para resolver nossos problemas” (p. 15). Os seus membros necessitam aceitar a ajuda de um Poder maior do que o pessoal para guiar seus pensamentos e ações. Esses três Passos mostram como trazer esse Poder para suas vidas, numa elaboração ativa e útil. “O Passo Quatro sugere a primeira ação a ser tomada. Isso é reforçado pelos Passos Cinco, Seis e Sete, que apontam a maneira de superar as falhas pessoais que causaram tantos de nossos problemas. Os Passos Oito e Nove são também Passos de ação” (p. 15). Eles orientam que se faça correções específicas para o alívio das cargas de culpa e confusão. O Passo Dez pede que os familiares ou codependentes continuem o esforço começado com o Passo Quatro, ou seja, procurar falhas pessoais e trabalhar constantemente para se livrarem delas. “O Passo Onze nos induz a estabelecer um contato consciente com um Poder maior do que nós, através da prece e da meditação; o Passo Doze sugere a necessidade de praticar estes princípios em todas nossas atividades, e de

compartilhar nosso crescimento espiritual deles com outras pessoas” (AL-ANON, 1998, p. 15). Há quem vincule cada Passo a determinadas partes da Bíblia.

Para NAR-ANON (2004), “esses Passos são um presente” (p. 3), na forma de um programa espiritual, não religioso, que cresce a cada vez que é compartilhado. Alerta que “não pode fazer promessas de que você vai alcançar resultados específicos, ou de que irá funcionar para todas as pessoas” (p. 2). A razão é simples, explica, pois “cada membro trabalha o seu próprio programa” (p. 2). “Ninguém mais pode assumir a responsabilidade pelo sucesso desse membro” (p. 2). Para eles, as experiências comprovam que as mudanças levam tempo. “Apesar dos Passos serem simples em seus conceitos, viver com eles requer coragem, honestidade, humildade, dedicação e lágrimas” (p. 2). Cada membro é livre para ficar com o que gostar e deixar o resto. Muitos dos entrevistados afirmam ter em mente que “o simples é fácil, porém o que é fácil ilude”.

Entendem os membros experientes entrevistados, que os Doze Passos consistem em um conjunto de princípios espirituais em sua natureza que, se praticados como um modo de vida, podem expulsar a obsessão pelo outro e permitir que, de sofredor, o praticante se torne íntegro, feliz e útil. Um deles revelou que os Doze Passos se prestam àqueles que chegam aos grupos “com o rabo entre as pernas” e que não admitem serem reconhecidos como covardes. Quem procura esses grupos é acolhido amorosamente, com bastante gentileza, porque já demonstra um ato de coragem. Aí encontra um espaço onde se pode conversar, se expor, desabafar “entre iguais”, sob o manto do anonimato, como dizem os “companheiros”. Sem dúvida, o sentimento amoroso desses grupos torna-se um poderoso estimulante da coragem de seus membros.

Lois W (AL-ANON, 1996) disse que “espiritualidade é todo o Al-Anon” (p. 10). Ela ajudou a fundar o Al-Anon, cujo crescimento é atribuído aos seus princípios universais, aplicáveis a todos, qualquer que seja o seu credo. Para ela, “espiritualidade é viver uma vida com maior significado do que a procura das necessidades diárias” (p. 9), não havendo uma parte espiritual no programa de recuperação da irmandade. Considera que “todas as atividades podem ter um motivo espiritual” (p. 9). “Não creio que se deva enfatizar a espiritualidade para o recém-chegado” (p. 10), considerando que se deveria deixar que a mesma se

desenvolva sozinha, dispensando quem, em vão, tente passa-la a alguém. Daí chega-se a conclusão que não existe grupo de mútua ajuda sem espiritualidade.

A edição dos Doze Passos pelo A.A. foi precedida de consultas a figuras expoentes do então embrionário campo da psicoterapia, dentre eles Carl Gustav Jung, que percebia valor, significado e realidade na fé religiosa. Jung contrariava a maioria dos psiquiatras, seguidores do ponto de vista de Sigmund Freud, “de que a religião era uma fantasia confortante da imaturidade do homem” (SERVICES, 1994, P. 3). Lideravam essas consultas o corretor de ações Bill Wilson ou Bill W, e o cirurgião Robert Smith, o Dr. Bob, cofundadores de A.A. A ajuda de Jung a um alcoólico, em 1930, foi vista como o primeiro passo para a formação de A.A. A pesquisa realizada até 1938 pelos cofundadores de A.A. foram tão completas que ainda surpreendem estudiosos de hoje. Não há nada nos Passos que as teorias modernas possam contradizer.

Em SERVICES (1994), Bill W revelou, em fins de 1938, que na noite quando os Doze Passos foram por ele consolidados “estava cansado e magoado o suficiente” (p.143) e nada apontava para um estado espiritual. Recostado na cama, veio a sua mente “algum tipo de luz”, da qual brotou o conhecido enunciado. Tratava-se de, praticamente, um desdobramento dos seis passos do “programa de informação verbal”, utilizado no início da irmandade de A.A. Tal programa, tantas vezes modificados, teve a maior parte das ideias provenientes dos Grupos Oxford. Os dogmáticos oxfordianos originaram-se de um movimento evangélico luterano dos anos 1920-1930, nos Estados Unidos, com experiência no tratamento de alcoólicos. Eles contaram com a participação destacada do psicólogo William James e o Dr. William D. Silkworth, médico que tratou de Bill, dentre inúmeros outros alcoólicos. Bill W. relacionou o seu rascunho daquela noite de 1938 com os doze apóstolos, mas foi duramente criticado porque o texto falava muito em Deus, o que poderia espantar vários adeptos. Desde então, “os Doze Passos de A.A. são apenas sugestões” (p.149). O Dr. Howard, psiquiatra de Montclair, Nova Jersey, contribuindo para o “livro azul de A.A.”, sugeriu a substituição de palavras como “você” e “deve”, de modo a “remover todas as formas de coação, para que nossa irmandade se estabelecesse na base de ‘nós deveríamos’ em vez de ‘você deve’”(p. 150).

JUNG (2009), respondendo a uma carta de Bill Wilson, escreveu:

Estou firmemente convencido de que o princípio do mal prevalecente no mundo conduz as necessidades espirituais, quando negadas à perdição, se ele não for contrabalançado por uma experiência religiosa ou pelas barreiras protetoras da comunidade humana. O homem comum desligado dos planos superiores, isolado de sua comunidade, não pode resistir aos poderes do mal, muito propriamente chamados de demônio. Mas o uso de tais palavras nos leva a tais enganos que temos de nos manter afastados delas, tanto quanto possível. (...). Veja você, “alcohol” em latim significa “espírito”, e você, no entanto, usa a mesma palavra tanto para designar a mais alta experiência religiosa como para designar o mais depravador dos venenos. A receita então é “spiritus” contra “spiritum”

CARNES (2001), considerando que a dependência possui uma qualidade dirigida, observa que algumas pessoas em recuperação tentam trabalhar os Doze Passos da mesma maneira compulsiva como tratam suas vidas. Conclui que o espírito dos Doze Passos é a suavidade, a serenidade, onde o atalho é um caminho suave. Ele sumarizou os efeitos dos Passos sobre o comportamento do codependente, conforme segue (p. 127):

Em nossa dependência nós éramos (ou estávamos)		Em nossa recuperação nós procuramos
Iludidos	Passo Um	Realidade
Grandiosos	Passo Dois	Sentido de limitação
Controladores	Passo Três	Confiança nos outros
Envergonhados	Passo Quatro	Autovalorização
Amedrontados	Passo Cinco	Perdão
Perfeccionistas	Passo Seis	Cura das ruínas
Obstinados	Passo Sete	Deixar de lado
Arrogantes	Passo Oito	Honestidade
Buscando aprovação	Passo Nove	Integridade
Defensivos	Passo Dez	Responsabilidade
Escapistas	Passo Onze	Entrar em contato
Sofredores	Passo Doze	Testemunha nosso caminho

Na assimilação do conteúdo dos Doze Passos, é importante perceber quantas sugestões cada um deles contém, de modo a evitar que se deixem pontos falhos na esteira de objetivos que levam a recuperação. Um dos entrevistados para este

trabalho registrou que “os Doze Passos são como uma escada de doze degraus, onde, sucessivamente, um degrau serve de apoio para o degrau seguinte”. Dessa maneira, igualmente, um Passo oferece a condição para trabalhar o outro.

6.1 Trabalhando o Passo Um

Admitimos que éramos impotentes perante o adicto e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas.

Passo Um do Nar-Anon

Aqui começa a arquetípica “jornada do herói”, afluída nos sonhos de lutas pessoais para livrar-se das rígidas regras sufocadoras da alma. Para CAMPBELL (1995), “o herói é o homem ou mulher que conseguiu vencer suas limitações históricas pessoais e locais e alcançou formas normalmente válidas, humanas” (p. 28). Os heróis descobrem dramáticas e inesperadas forças. Para sermos saudáveis, devemos entender as lições trazidas pelos mitos sobre nós mesmos, descobrindo-nos.

Consoante opinião de entrevistados deste trabalho, “o Passo Um requer o reconhecimento da impotência de viver nos extremos. Permite surgir do caos alguma ordem. Torna mais fácil para o codependente aceitar a ideia de que pode tomar conta de si mesmo. Cada vez que o codependente se desliga do comportamento do dependente, acontece um avanço. No início do programa, devem ser reconhecidas a falta de vontade própria (impotência) e de domínio sobre a vida do codependente. Jamais se fará qualquer outro Passo se o primeiro não for bem feito. Sem a dor que provoca, o codependente dificilmente se voltaria a Deus no Passo seguinte. A palavra chave deste Passo é admitir. Quando se compreende verdadeiramente que não se pode controlar outra pessoa ou o efeito que as drogas exercem sobre ela, pode-se focar a própria atenção em si mesmo e pôr ordem em suas vidas”.

Para AL-ANON (1999), “a vida fica sem controle sempre que perdemos a perspectiva a respeito do que é, e do que não é, de nossa responsabilidade”.

Recebemos como ofensa ações que não tem a ver conosco. Ou interferimos onde não é apropriado e negligenciamos nossas obrigações legítimas para com nós mesmos e com outras pessoas. Nossa preocupação fora de lugar com outras pessoas se torna intrusa, intrometida, ressentida e fadada ao fracasso. Em vez de ajudar aqueles com quem nos preocupamos, demonstramos falta de respeito por eles e criamos discórdia em nossos relacionamentos. Quando nossa preocupação com outras pessoas nos desvia de nossas responsabilidades de atender a nossa própria saúde física, emocional e espiritual, nós sofremos. Ficamos incapazes de aceitar a realidade, de lidar com mudanças ou encontrar a felicidade. Nossas vidas perdem o controle (p. 54).

A prática do Passo Um permite que um grande peso saia dos ombros de seus membros. “Soltamos-nos da batalha perdida que temos lutado. Reconhecemos que não há sentido em continuar a luta. Rendemos-nos completamente” (p. 55). Comenta-se que os familiares confundem amor com interferência porque não sabem como mostrar afeição ou apoio sem dar conselhos, procurar influenciar as decisões dos outros, ou tentar fazer com que aqueles que amam façam o que eles acham que lhes trará felicidade. Confundem, também, cuidado com controle porque não sabem como permitir às outras pessoas a dignidade de serem elas mesmas.

Os membros de grupos de mútua ajuda concordam que deverão entender e aceitar a dependência química como uma doença. Aprendem o que chamam de os “três cês”: não causei; não posso curar; não posso controlar o dependente. Dizia um membro de grupo, mãe que fazia o impossível para o filho não sair de casa, que a primeira palavra deste Passo ilustra um conceito importante de recuperação: nós não estamos sozinhos. Isso pode ajudar o codependente a sentir que também há esperança para ele. Ao admitir não ter poder sobre o álcool, ou mais diretamente sobre o alcoólico, adicto ou dependente químico, bem com não ter capacidade para controlar a vida de outras pessoas, além da sua própria vida, que tinha se tornado incontrolável, o codependente fica pronto para buscar além de si mesmo, a força necessária para viver um novo modo de vida.

AL-ANON (2002) sugere um criterioso guia, a seguir transcrito, para o trabalho do Passo Um (pp. 29 a 31).

Trabalhando o Passo Um

Cada um de nós é livre para criar suas próprias soluções usando a experiência, força e esperança daqueles que passaram antes de nós. As seguintes perguntas para estudo individual ou em Grupo podem ajudá-lo no Passo Um. Enquanto você pratica cada Passo, lembre-se

de apreciar seu próprio esforço. Telefone para um companheiro ou padrinho e compartilhe seu sucesso.

- Aceito que não posso controlar a maneira de beber ou o comportamento de uma outra pessoa?
- Como reconheço que o alcoólico é um indivíduo com hábitos, características e modos de reagir aos acontecimentos do dia-a-dia que são diferentes dos meus?
- Aceito que o alcoolismo é uma doença? Como isso muda minha maneira de lidar com o alcoólico?
- Como tenho tentado mudar outras pessoas em minha vida? Quais foram as consequências?
- Que meios tenho utilizado para conseguir o que quero e preciso? O que poderia funcionar melhor para atender as minhas necessidades?
- Como me sinto quando o alcoólico se recusa a ser e a fazer o que quero? Como reajo?
- O que aconteceria se eu parasse de tentar mudar o alcoólico ou qualquer outra pessoa?
- Como posso me desligar dos problemas das outras pessoas, em vez de tentar resolvê-los?
- Estou procurando uma solução rápida para meus problemas? Ela existe?
- Em quais situações me sinto excessivamente responsável pelas outras pessoas?
- Em quais situações sinto vergonha ou embaraço pelo comportamento de outra pessoa?
- O que me trouxe ao Al-Anon? O que eu esperava conseguir naquela ocasião? De que maneira mudaram minhas expectativas?
- Quem tem demonstrado preocupação com o meu comportamento, com minha saúde, com meus filhos? Dê exemplos.
- Como sei que perdi o controle da minha vida?
- Como tenho procurado aprovação e confirmação das outras pessoas?
- Digo “sim” quando quero dizer “não”? O que acontece com a minha capacidade de dirigir minha vida quando faço isso?
- Cuido das outras pessoas com facilidade, mas encontro dificuldade para cuidar de mim mesmo?
- Como me sinto quando estou sozinho?
- Qual é a diferença entre piedade e amor?
- Sou atraída por alcoólicos e outras pessoas que parecem precisar de mim para ajudá-los? Como tenho tentado ajudá-los?
- Confio nos meus próprios sentimentos? Sei quais são eles?

Para membros de Al-Anon, eleger o álcool neste Passo é uma maneira de igualar os familiares de alcoólicos, em termos de impotência perante essa substância. Contudo, o Passo Um encontrou uma adaptação pioneira e significativa, promovida no seu enunciado pelos Grupos Familiares Nar-Anon, de modo que a denominação da substância (álcool ou drogas) foi substituída pela condição do

dependente (adicto). Dessa maneira o aproximou do conceito de codependência que viria a se desenvolver e, mais recentemente, ao conceito de dependência do vínculo (HUMBERG, 2005). Com os grupos Codependentes Anônimos, surgiu uma proposta mais abrangente para a codependência, porém extrapola o propósito deste trabalho.

“Dar um Passo” é compartilhar livremente, conforme CARNES (2001), significando um reconhecimento fundamental da enfermidade e da submissão a uma vida diferente. É a forma de admitir claramente os padrões da enfermidade e compartilhar os sentimentos e sensações que acompanham a constatação de que o codependente estava fora de controle. Para ele, “a cura somente ocorre quando o Passo consegue produzir uma aceitação intelectual e uma submissão emocional”. Dentre as muitas razões pelas quais o codependente evita realizar o Passo Um, ele enumera as seguintes (pp. 89 e 90):

- Perda de coragem
- Não testemunhar um bom Passo Um
- Preparação inadequada
- Negação do impacto
- Reagindo
- Retenção de um segredo maior
- Desconfiança do grupo
- Compreensão inadequada do programa dos Doze Passos.

Na luta contra os desafios, o codependente se vale das poucas e instigantes palavras da Oração da Serenidade (preâmbulo da Introdução deste trabalho), de autoria desconhecida, aproveitada pelo A.A., a partir de um recorte de uma notícia da seção de necrologia de um jornal de Nova Iorque, em princípio de 1942. Sua versão nos grupos Al-Anon e Nar-Anon é a seguinte:

Deus, concedei-me serenidade para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para perceber a diferença.

Numa reunião de Nar-Anon, um membro-palestrante, avô que pagava ao traficante as dívidas do neto e se mantinha com a serenidade própria dos mártires, comentou essa oração da seguinte maneira:

Se não tenho fé em mim e em nada, será inútil dizer **DEUS**.

Se não valorizo o que tenho e não me importo em ferir, injustiçar, oprimir e magoar aos que atravessam o meu caminho,

será inútil dizer **CONCEDEI-ME SERENIDADE**.

Se no fundo o que eu quero é que todos os meus sonhos se realizem, será inútil dizer **PARA ACEITAR AS COISAS QUE NÃO POSSO MODIFICAR.**

Se escolho sempre o caminho mais fácil, que nem sempre é o caminho certo, será inútil pedir **CORAGEM PARA MODIFICAR AQUELAS QUE POSSO.**

Se por minha vontade, procuro os prazeres materiais e tudo o que é proibido me seduz, será inútil acrescentar **E SABEDORIA PARA PERCEBER A DIFERENÇA.**

Se sabendo que sou assim, continuo me omitindo e nada faço para melhorar, será inútil dizer **SÓ POR HOJE.**

Completar o Passo Um merece uma reservada e marcante comemoração pessoal pelo progresso alcançado. Nos grupos é comum dizer ao recém-chegado que o mesmo experimente as reuniões regulares, voltando pelo menos nas seis próximas semanas. Esse é o tempo considerado suficiente para que, com apoio dos companheiros de sala, o novo membro possa dar o Passo Um. Na verdade, conforme membros entrevistados, isso nem sempre acontece. Muitos sequer voltam; dentre os que permanecem, não são poucos os que postergam o decisivo Passo. Esse Passo compara o paradoxo dos processos de dependência e codependência.

Dar o Passo Um, portanto, não é uma questão de leitura do seu enunciado, mas de imprimi-lo tão profundamente na consciência que a sua aceitação se estabeleça com parte do modo de pensar e agir do codependente em recuperação.

6.2 Trabalhando o Passo Dois

Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia nos devolver a sanidade.

Passo Dois do Al-Anon

Este Passo recomenda que se passe a ter fé em algo mais poderoso que o próprio codependente. Humildade é a palavra de ordem dos dois primeiros Passos. Apesar das dificuldades, essa sugestão deve ser desenvolvida para trabalhar todos os Passos visando a recuperação. Relato de um membro de Nar-Anon entrevistado constava que muitos deles não acreditam que haja algo errado consigo a despeito do caos em suas vidas. “Vimos a acreditar” é um processo através do qual

podemos olhar para o problema objetivamente e permitir que esse Poder, que é maior que nós mesmos, nos guie para uma compreensão e crescimento espirituais.

Acreditar num “Poder Superior a nós mesmos” não significa ligação com religião. Há quem confira ao seu vício um poder maior que a si mesmo. Entender que há algo “lá fora” que está cuidando da própria pessoa já é o bastante para começar a trabalhar o Passo Dois. Quando os planos emocional, físico e mental trabalham em harmonia acontece a espiritualidade, considerada inerente aos Doze Passos. A distinção entre religião e espiritualidade, apresentada por BOYD (2000), “é que a primeira se destina a pessoas que querem evitar o inferno, ao passo que a segunda é para aqueles que já estiveram lá” (p. 114).

Dizia um membro de grupo, namorado que exigia da parceira vinte e quatro horas de dedicação exclusiva, que “se nessas duas primeiras sugestões (Passos Um e Dois) reconhecemos o ‘fundo do poço’, aqui começa a escalada para fora dele”. Para ele, “quando o sofrimento é admitido surgem as manifestações espirituais”.

A segunda parte do enunciado deste Passo conduz a uma definição de sanidade. Um membro de Nar-Anon, que chegou a comprar drogas para sua filha usar em casa, partilhava que “tinha se comprometido com a insanidade, fazendo sempre as mesmas coisas, esperando resultados diferentes”. O programa o ajudou a promover as mudanças para viver com a sanidade, ou seja, transformando o seu comportamento destrutivo em comportamento construtivo, fazendo algo diferente.

CARNES (2001), diz que os Passos Dois e Três ensejam o seguinte questionamento: “Em quem você confia? Em quem ou em que você tem fé?” (p. 96).

Observa que os dois primeiros Passos pedem que a pessoa compare as questões daquilo que lhes dá significado à vida. Apresenta os seguintes facilitadores para se trabalhar os mesmos (p. 97):

- Balanço do Cuidado Espiritual – identificação dos obstáculos no cumprimento dos Passos Dois e Três.
- Balanço da Perda da Realidade – ajuda o codependente a se concentrar nas suas prioridades.
- Caminhos da Espiritualidade – exercício para experimentar a espiritualidade.
- Afirmações do Caminho Espiritual – afirmações que ajudam a substituir mensagens e ideias negativas sobre Deus por outras positivas.

- Imaginando que Só lhe Resta um Ano de Vida – exercício do viver o seu morrer.
- Carta para o seu Poder Superior – expressão de decisões espirituais.

Para AL-ANON (1999), aquilo que tem sido impossível para cada membro sozinho, se torna possível no Passo Dois porque os coloca na presença de algo que ultrapassa as capacidades humanas individuais. Entende que eles estão realmente dispostos para receber a ajuda de um Poder Superior (PS) somente quando passam a assistir a uma reunião semanal, ou se abrir com um padrinho, ou ainda procurar consolo na literatura própria, ligando-se efetivamente a sabedoria coletiva da irmandade. Para trabalhar o Passo Dois não precisam acreditar que a sanidade irá acontecer, apenas que poderia acontecer. Consideram que o Passo Dois trata das possibilidades, “e é por isso que é sobre esperança” (57). Para ajudar no desenvolvimento de uma compreensão do relacionamento de um Poder Superior, o AL-ANON (2002) oferece as seguintes perguntas (pp. 41 e 42):

- Qual é, nesse momento, meu conceito de um Poder Superior?
- O que seria necessário para permitir que eu mude meu conceito do Meu poder Superior?
- Experiências passadas afetaram meu conceito de um Poder superior? Caso positivo, de que maneira?
- O que espero conseguir ao aceitar o conceito de um Poder Superior maior do que eu mesmo?
- Percebo uma orientação espiritual em minha vida? Como?
- O que a fé significa para mim?
- Com quem e em que circunstâncias me sinto à vontade discutindo minhas experiências espirituais?
- O que eu posso ganhar em acreditar que posso ser apoiado e amado por um Poder maior do que eu?
- O que significa para mim a sanidade?
- Como a situação alcoólica afetou minha sanidade? E minha vida?
- Como meu pensamento ficou distorcido tentando lidar com o alcoólico?
- Como me voltei a um Poder maior do que eu mesmo em momentos de grande necessidade? Telefonei para outro membro do Al-Anon ou para meu padrinho? Li a literatura da irmandade? Fui a uma reunião? Se não fui, por que não?
- Ao trabalhar esse Passo, posso descrever uma experiência do Passo Dois ao meu padrinho ou ao meu Grupo? E por escrito?
- Quando fiz as mesmas coisas repetidas vezes, mas esperando resultados diferentes?

É lembrado aos membros do Al-Anon que a rendição a um Poder Superior (PS) e a humildade para fazer essa rendição completa constituem o primeiro ato a ser praticado para aliviar uma condição intolerável. Se cada um fizer a sua parte,

poderá confiar no seu PS para que abra os seus olhos a soluções e lhe restaure a paz e a ordem.

O Passo Dois desafia a grandiosidade e lembra que não passamos de seres humanos. Sem a fé do Passo Dois, não se entrega a vida ao Poder Superior no Passo seguinte.

6.3 Trabalhando o Passo Três

Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos.

Passo Três de Narcóticos Anônimos (NA)

De aplicação considerada muito difícil por parte de codependentes, verdadeira barreira não raro driblada, o Passo Três é trabalhado, por familiares entrevistados, em conjunto com o lema “Solte-se e entregue-se a Deus” e a Oração da Serenidade para ajudar na tomada de decisão de entrega da vontade e da vida aos cuidados de um Poder Superior. Esta é uma decisão tomada por quem admite a perda do domínio sobre a vontade e a própria vida (Passo Um), considerando que deva entregá-las a quem as possa gerenciar. Naturalmente ao Poder Superior, no qual veio a acreditar ao fazer o Passo Dois.

O conceito de Deus não vem de um dogma, mas daquilo em que o dependente acredita e que funciona para ele. Este Passo não diz “entregamos nossa vontade...”, mas “decidimos entregar...”. Somente o crente pode tomar tal decisão. Para ilustrar, um membro de grupo entrevistado contava que “três rãs estavam sentadas numa folha de lírio d’água; uma tomou a decisão de pular; quantas rãs ficaram?” A resposta é três, pois uma rã apenas tomou a decisão de pular.

O codependente, no caso, talvez se depare com a primeira oportunidade de tomar uma decisão importante. Decisão implica em ação. A ação, nesse caso, conduz a rendição. Porém, mesmo quando se aprende que a entrega funciona, o codependente teima em retomar a vontade e a vida do Poder Superior que concebe.

CARNES (2001) demonstra que a percepção pessoal de um Poder Superior (PS) evolui ao longo dos anos. Antes que se possa verdadeiramente refletir acerca de um PS, devem ser esclarecidas as atitudes e posturas pessoais em relação a Deus. Considera ele que existem quatro maneiras de ver a existência de Deus: “um Deus punitivo, que castiga os erros, mas que não recompensa ou ajuda; um Deus complacente, que aceita falhas e, em todo caso, cuida; um Deus distante, que está separado e despreocupado com nossas vidas e um Deus inexistente, de quem nenhuma ajuda está disponível” (p. 102). Lista vinte e quatro palavras, das quais devem ser selecionadas seis, para ajudar na descrição da percepção pessoal de Deus, como segue (p. 102):

jugador	rigoroso	negativo	rígido
cruel	arbitrário	cuidadoso	confiável
amoroso	objetivo	compassivo	previsível
distante	indiferente	despreocupado	desatento
ausente	descompromissado	enganoso	irreal
inexistente	fantástico	imaginário	jocoso

Em partilha numa “reunião aberta” (aberta ao público) em março de 2008, em Salvador, um membro de grupo dizia que “pedir ajuda ao Poder Superior não significa pedir resultados específicos, pois isso seria pedir a Deus para fazer a nossa vontade”. Ela trabalhava o Passo Três observando algumas ideias e respondendo perguntas, extraídas de AL-ANON (2002), que também poderiam ser discutidas nas reuniões regulares (fechadas) do seu grupo, abaixo transcritas, a fim de começar a explorar o seu relacionamento com o Deus de sua concepção (pp. 51 e 52):

- Como me sinto acerca de entregar minha vida a um Poder Superior para receber orientação?
- Como sei quem ou o que é o meu Poder Superior?
- Estou disposta a entregar meus problemas? O que poderia me ajudar a ficar disposta?
- Tenho tido problemas para tomar decisões em minha vida? Quais?
- Sendo sou incapaz de tomar decisão, o que me impede?
- Confio em meu Poder Superior para cuidar de mim?
- Como o Passo Três poderia ajudar a me manter fora de situações criadas por outras pessoas?
- Como posso entregar uma situação e me desligar dos resultados?
- Como posso parar de tomar de volta a minha vontade?
- O que posso fazer quando as pessoas que amo tomam decisões que eu não gosto?

- Como posso permitir às pessoas que amo encontrarem seus próprios caminhos na vida, assim como estou encontrando os meus?

O Passo Três, de conformidade com a partilha de um companheiro, que tinha enormes dificuldades de estabelecer e manter relações íntimas sadias e normais, ressalta esforços para controle quando se assume responsabilidade somente para consigo mesmo, deixando o resto aos cuidados do Poder Superior que cada um concebe. COLOMBIA (2008) registra que “a ação requerida por este Passo ajuda-me sentir que não estou sozinho, que estou sendo acolhido e confortado pelo Deus da minha compreensão” (p. 8).

Os três primeiros Passos completam a preparação do codependente para começar a agir na sua recuperação com os Passos seguintes. Sem essa entrega do Passo Três, jamais se preocupará em fazer o inventário do Passo Quatro.

6.4 Trabalhando o Passo Quatro

Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmas.

Passo Quatro de MADA

Para muitos, é chegada a hora de enfrentar o seu pior inimigo: “si próprio”. Nos Passos Dois e Três os praticantes se voltam ao Poder Superior. Aqui se voltam para si mesmo, procurando descobrir seus defeitos de caráter. Começam a assumir sua parte numa parceria com Deus para mudar seu destino.

O Passo Quatro sugere uma autocrítica e o reconhecimento de que não são os acontecimentos e as demais pessoas que prejudicam o codependente, mas sim a sua maneira de encará-los. Esse é um exercício duro, quase sempre aplicado de maneira superficial.

O Passo Quatro tira a energia da vergonha; traz a aceitação.

ANÔNIMOS (2002) oferece um guia simples, um inventário moral ancorado nas atitudes, sentimentos e responsabilidades, através dos seguintes questionamentos (p. 21):

- Quais tem sido (minhas/meus atitudes/sentimentos/responsabilidades), desde que me conheço por gente?
- Para com Deus?
- Para comigo mesmo?
- Para com a minha família?
- Para com meu trabalho?
- Para com meus amigos, vizinhos, na comunidade?

AL-ANON (1996) vai mais adiante, oferecendo um inventário onde também consta a autovalorização, o amor, a maturidade e os traços de caráter, através de um roteiro estruturado com bastante gentileza, conhecido como “Plano para Progredir”. Um membro de grupo entrevistado, que não encontrava disposição para lidar com as suas dificuldades, revelou a sua preferência por fazer uma lista de débitos e créditos de sua natureza, as partes boas e ruins de seu comportamento. Para AL-ANON (1999), “este Passo torna possível aprender a nosso respeito, nossas forças e fraquezas, nossos hábitos inconscientes e talentos não reconhecidos, nossa vergonha não declarada, encantos secretos e paixões ocultas. A chave do Passo Quatro é que seja trabalhado sem temor, livre de julgamento. Faz tanto sentido nos repreender severamente por termos pouca paciência, como nos repreender severamente porque há poucos ursinhos de pelúcia no estoque da nossa loja de brinquedos. Olhando para nós e nos aceitando como realmente somos, podemos decidir sobre o tipo de pessoa que escolhemos ser” (pp. 60 e 61).

O codependente deve por tudo no papel, de modo que a única maneira de errar é mentir ou omitir algo deliberadamente. Recomenda-se que se deixe transcorrer o mínimo de tempo possível até o Passo seguinte. Sem a autoanálise do Passo Quatro, não se chega às falhas a serem admitidas no Passo Cinco.

6.5 Trabalhando o Passo Cinco

Admitimos perante o Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
Passo Cinco de N/A (Neuróticos Anônimos)

A prática de admitir os defeitos para outra pessoa é mais antiga que os terapeutas e padres. Existe a necessidade de todo ser humano ter uma visão prática e autoconhecimento.

Constata-se que este é o Passo da partilha, com base no inventário ou balanço sugerido pelo Passo anterior. Verifica-se que a escolha do ouvinte, consultor ou padrinho deverá recair sobre uma pessoa confiável, capaz de ajudar nos trechos mais difíceis da história do inventariante. Tem-se a oportunidade de aprender a usar o próprio bom julgamento, confiando na própria intuição sobre o que é seguro ou não. Não tem de ser feito numa única sessão em face da tranquilidade requerida para sua consecução.

O Passo Cinco é realizado para restabelecer amizade e harmonia, consigo e com o Poder Superior, assegura um membro de grupo entrevistado. A disposição para se perdoar inicia o processo de cura das mazelas do codependente. Este Passo pede que se irrompa o medo que impede de receber o perdão e a fé.

AL-ANON (2002), registra que um membro da irmandade, que não aceitava ser questionado ou criticado, e precisava ser sempre o centro das atenções, dizia: “Preciso compreender por que faço o que faço e digo e que digo”, pois isso o ajudaria a compreender o tipo de pessoa que realmente era, e dar-lhe ideias construtivas para melhorar aquilo que não o agrada nele mesmo. Descobriu que, enquanto se preparava para admitir seus defeitos, podia começar fazendo a si mesmo as seguintes perguntas (pp. 80 e 81):

- De posse do meu inventário, como me sinto sobre compartilhar detalhes do meu passado com outra pessoa?
- Em que setores do meu passado estou disposto a ser completamente honesto?
- Quais são algumas das vantagens que eu poderia ter admitindo meus defeitos?
- Compreendo o alívio da recuperação que a admissão honesta dos meus defeitos pode trazer?
- Que expectativas tenho sobre como deveria me sentir ou o que deveria experimentar quando admito meus defeitos?
- Estou pronto para soltar essas expectativas e permitir que o Deus da minha concepção determine os melhores resultados para mim? Como sei disso?
- Se não me sinto pronto para fazer este Passo, preciso trabalhar mais os Passos Um ao Quatro?
- Tenho medo de admitir meus defeitos para meu Poder Superior? Por quê?
- Eu poderia fazer uma lista dos meus medos e entregá-los? Quais são os meus medos?
- Posso reconhecer que não sou perfeito? Como posso desistir de tentar?
- Como tento me desculpar dos prejuízos que causei?

- Com quem irei compartilhar o meu Passo cinco? Quais as qualidades que me fazer escolher essa pessoa? Confio nela?
- Eu mesmo tenho algumas dessas qualidades? Eu as coloquei na lista das minhas qualidades?
- O que pode impedir de confiar em alguém a minha verdade? Posso compartilhar esses medos com uma outra pessoa?
- De que maneira me isolei? Acredito que compartilhar com uma outra pessoa possa aliviar o isolamento?
- Ser honesto e admitir um erro pode ter consequências positivas? Quais são elas?
- Ao fazer o Passo Cinco, foi que aprendi sobre a natureza exata dos meus defeitos?

Em entrevista, um membro de grupo veio a dizer que “a ação do Passo Cinco nos ajuda a nos aceitar como somos, a nos amar de verdade, ver todo o amor e bondade que Deus tem para mim e perceber que ninguém é culpado pelo que acontece comigo, nem eu”. Recomendou que se deve compartilhar com outros o próprio passado para liberar a culpa, vergonha, ressentimento e medo bem como falar honesta e abertamente com alguém sobre o seu mundo.

O Passo Cinco é tão significativo que, normalmente, os centros de tratamento liberam os seus clientes para o mundo, depois que o mesmo é trabalhado. Descobrimo um Deus em Quem pode confiar (Passo Dois), o codependente entrega-se a Ele (Passo Três). Assume as responsabilidades do seu Passo Quatro perante si mesmo e, diante de outro ser humano para, em confissão, se sentir aceito, exatamente como se é. Sem a admissão dos seus erros no Passo Cinco, não poderá se prontificar a corrigi-los no seguinte.

6.6 Trabalhando o Passo Seis

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

Passo Seis de Codependentes Anônimos (CoDA)

Prontificar-se é aceitar a ideia de viver sem tudo que prejudica a si mesmo, ainda que alguma dessas coisas o satisfaça aparentemente. Essa disposição, observa-se, é o fruto dos Passos Quatro e Cinco, habilitadores do trabalho deste Passo.

A sinceridade com que se trabalha este Passo é proporcional ao desejo de mudança do praticante. Este é um Passo de boa vontade. Ataca o perfeccionismo, possibilitando a análise das feridas de forma a ensejar a cura. O seu propósito é de tornar o praticante disposto para aceitar a ajuda de seu Poder Superior e reconhecer, com absoluta certeza, quando o havia conseguido.

ANÔNIMOS (2002) trabalha este Passo explorando o seguinte roteiro:

O QUE MAIS SOFREMOS

Não é a dificuldade. É o receio de não superá-la.

Não é a provação. É o desespero diante do sofrimento.

Não é a doença. É o pavor de recebê-la.

Não é o parente infeliz. É a mágoa de tê-lo na equipe familiar.

Não é o fracasso. É a teimosia de não reconhecer os próprios erros.

Não é a ingratidão. É a incapacidade de amar sem egoísmo.

Não é a própria pequenez. É a revolta contra a superioridade dos outros.

Não é a injúria. É o orgulho ferido.

Não é a tentação. É a volúpia de experimentar suas sugestões.

Não é a velhice do corpo. É a paixão pelas aparências (p. 28).

SERVICES (1998) coloca que a fé, a humildade e a aceitação acabarão por substituir o orgulho e a rebeldia (p. 38). Entendem os seus membros que começam a se sentir melhor, à medida que a boa vontade se transforma em esperança. Pela primeira vez, talvez, estejam tendo uma visão de suas novas vidas. Com isso em mente, colocam as suas boas vontades em ação ao passarem para o Passo seguinte.

Observa BOYD (2000) que, “para algumas pessoas, fazer terapia é o Sexto Passo e o Sétimo Passo postos em prática” (p. 118). Entende que somente o Passo Um pode ser praticado com absoluta perfeição. Os demais enunciam ideais perfeitos. “São metas que contemplamos, e as medidas frente às quais estimamos nosso progresso” (p. 118). Sob este prisma, completa, o Passo Seis ainda é difícil, mas está longe de ser impossível.

Ao trabalhar este Passo e o seguinte, CARNES (2001) apresenta algumas tarefas para o praticante, passando por afirmações e remoção de defeitos de caráter, reconhecer quando ocorre a crise e um curioso índice de demência pessoal (p. 206).

Em entrevista, uma companheira podada pelo marido controlador, dizia que “sem a disposição sugerida no Passo Seis, não se vai rogar sinceramente a Deus para se libertar das imperfeições”, de acordo com o Passo Sete.

6.7 Trabalhando o Passo Sete

Rogar a Ele que a livre de todas as imperfeições.

Passo Sete de Comedores Compulsivos Anônimos (CCA)

O Passo Sete incita o abandono da teimosia para que possa permitir mudança na vida do codependente. Consideram os membros de grupo que agora estão decidindo eliminar suas mazelas e pedem ajuda a Deus. Os Passos antecedentes prepararam eles para este momento de reconstrução de suas vidas. No Passo anterior se abrem para aceitar a mudança; neste rogam essa graça.

Existem muitos codependentes que, ao lerem pela primeira vez este Passo, pensaram: “Este é para o dependente, não para mim”.

Para NAR-ANON (2004), “pelo fato dos Doze Passos terem sido adaptados de A.A., alguns de nós pensaram que eles tinha sido passados para nós do Nar-Anon somente para que soubéssemos dos instrumentos que os adictos estariam usando durante a recuperação deles. Nós achávamos que poderíamos selecionar e escolher os Passos que queríamos usar, acreditando que os outros não se aplicariam a nós porque éramos perfeitos”. Acrescenta que “depois de frequentar várias reuniões, começamos a despertar para o fato de que também deveríamos usar todos os Passos, inclusive o Passo Sete” (p. 18). Este Passo os fizeram compreender, conforme os membros entrevistados, que humildemente significa ceder suas vontades à vontade do Poder Superior, que cada um concebe. Aprendendo a ser humildes e a admitir seus erros, poderão descobrir que muitas vezes não sabem nem o que é certo para si mesmo. Aprendem formas mais saudáveis de expressar suas emoções. Aprendem que têm opções e que suas alegrias e felicidades são de suas próprias responsabilidades. “Humildemente significa a compreensão tanto de nossos créditos quanto de nossos débitos; ver-nos

como realmente somos”, asseverou um outro entrevistado. “Não significa humilhação, inferioridade, resignação ou submissão”, concluiu.

AL-ANON (2002) trabalha esse Passo através dos seguintes questionamentos (p. 99).

- O que a humildade significa para mim? Fazer uma lista de pessoas que conheço que possuem esse traço.
- Sou humilde? O que pode me ajudar a ser mais humilde?
- Que velhos comportamentos me impedem de ser humilde?
- Quais os defeitos que estou pronto para que sejam removidos?
- Acredito que o meu Poder Superior pode me livrar dos meus defeitos? Como sei disso?
- Estou pronto para pedir a Deus que remova meus defeitos?
- Humildemente peço a Deus que remova as minhas imperfeições?
- No momento, qual a imperfeição que está me causando mais problemas? Em que isso me beneficia? Que problema isso me causa?
- Como posso tratar a mim mesmo com compaixão na minha recuperação e pedir pela disposição de continuar tentando?
- Que posso fazer para cooperar com o meu Poder Superior na remoção de minhas imperfeições?
- Tive alguns medos removidos da minha vida? Quais?
- Posso ver os desafios como oportunidades para praticar novos traços de caráter?
- Sou capaz de rir com leveza dos meus erros e não ficar desolado quando não sou perfeito? Posso amar e comemorar minha condição humana enquanto trabalho para ter equilíbrio?
- À medida que entrego meus defeitos a Deus, estão aparecendo novas imperfeições? Caso positivo, posso continuar a pedir a ajuda de Deus?
- À medida que trabalho o Passo Sete, vejo uma mudança no meu relacionamento com meu Poder Superior?

Observou-se no campo de pesquisa que o trabalho com os Passos progride naturalmente, jamais solicitando se fazer qualquer coisa antes de que o codependente esteja completamente preparado e pronto. O Passo Sete, portanto, é sequência dos Passos Quatro, Cinco e Seis, todos eles, e até o Dez, considerados “Passos de ação”.

“Partilhar os seus defeitos”, dizia um membro de grupo que vivia sempre ocupado em agradar aos outros, “ajuda o familiar a evitar que se torne morbidamente sério a respeito de si próprio”. Aceitar os defeitos dos outros pode ajudá-los a se tornarem humildes. Pode abrir o caminho para que os seus defeitos sejam removidos. Sem a decisão de se aperfeiçoar, tomada neste Passo, nunca irá relacionar as pessoas que prejudicou, conforme o Passo seguinte.

6.8 Trabalhando o Passo Oito

Fizemos uma lista de todas as pessoas a quem prejudicamos e nos tornamos dispostos a fazer reparações a todos pelo mal causado.

Passo Oito de Jogadores Anônimos (JA)

O Passo Oito inicia o processo do perdão e tem como objetivo a libertação da culpa. Pela experiência de praticantes, chegar a este Passo significa estar pronto para compreender mais do que ser compreendido. Há um entendimento de que prejudicar é causar dor, sofrimento ou perda. O Passo Oito pede que se troque o orgulho pela honestidade.

BOYD (2000) considera que o Passo Oito é uma lista de perdas (dinheiro, relacionamentos, emprego, morte etc). Recomenda que, depois de preenchida, deva ter os seis itens marcados com a letra “R” ou “I”, a primeira significando “remediável” e a segunda “irremediável”. Além disso, não tomar nenhuma providência, aguardando o momento apropriado.

AL-ANON (2002) apresenta sugestão no sentido de que tal lista seja distribuída em três colunas com os seguintes títulos (p. 106):

- A quem eu prejudiquei
- Como prejudiquei?
- Reparações “adequadas”.

No topo da lista, colocar o próprio nome. Considera que este Passo coloca o familiar no limiar da libertação do ódio de si próprio, abrindo a porta a uma nova paz de espírito que, uma vez obtida, nunca mais se deseja perder.

Como os demais, o Passo Oito oferece benefícios imediatos. ANÔNIMOS (2002) considera que jamais foi idealizado um exercício melhor para esvaziar o orgulho do que a prática deste Passo e do seguinte. “Quem não os pratica é porque, entre outras coisas, não deseja abrir mão do seu orgulho” (p. 34). A última dificuldade em praticar o Passo Oito é separá-lo do Passo seguinte. Ambos se preocupam com as relações pessoais.

Sobre os Passos Oito e Nove, extraímos do livro “Alcoólicos Anônimos”, o conhecido “livro azul” de A.A., o seguinte:

Se formos cuidadosos, nesta fase de nosso desenvolvimento, ficaremos surpresos antes de chegar a metade do caminho. Estamos a ponto de conhecer uma nova liberdade e uma nova felicidade. Não lamentaremos o passado, nem nos recusaremos a enxergá-lo. Compreenderemos o significado da palavra serenidade e conheceremos a paz. Não importa até que ponto descemos, veremos como nossa experiência pode ajudar outras pessoas. Aqueles sentimentos de inutilidade e autopiedade irão desaparecer. Perderemos o interesse em coisas egoístas e passaremos a nos interessar pelos nossos semelhantes. O egoísmo deixará de existir. Todos os nossos pontos de vista e atitudes perante a vida irão se modificar. O medo das pessoas e da insegurança econômica nos abandonará. Saberemos, intuitivamente, como lidar com situações que costumavam nos desconcertar. Perceberemos, de repente, que Deus está fazendo por nós o que não conseguimos fazer sozinhos (SERVICES, 1994, p. 103).

Constata-se que sem a relação do Passo Oito, não se tem como fazer as reparações no Passo Nove.

6.9 Trabalhando o Passo Nove

Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

Passo Nove de Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA)

O Passo Nove está relacionado com o restabelecimento da consciência e da paz de espírito do praticante, para que o mesmo não volte a ter ansiedade. Trata do que fazer com a relação preenchida, conforme sugerido pelo Passo anterior. É, portanto, um Passo de ação, no qual se requer do praticante que se torne humilde o suficiente para verbalizar o seu arrependimento, caso seja adequado a quem fora prejudicado. O mal-estar não pode ser poupado, sob pena de aflorar a culpa e impedir a recuperação do codependente. As reparações exigem uma mudança de atitude e de comportamento. Futuras interações com pessoas desagradáveis requerem cortesia e respeito. Este Passo desafia a parar de procurar aprovação e a perseguir a integridade, reparando os danos causados. Aqui é efetivada a “ação” de promover a reparação dos danos que se provocou. É a sequência do Passo anterior. Com isso, aos poucos, se vai limpando todas as influências negativas do passado, abrindo-se para um futuro cada vez melhor.

BOYD (2000) recomenda que não se faça reparação alguma, enquanto a autoestima não for suficiente para enfrentar as consequências, haja vista que fazer reparação não é humilhar-se.

Membro de grupo de mútua ajuda, filha de pai drogadicto, apresentou o entendimento de que existem diferenças entre fazer reparações e pedir desculpas. Ao pedir desculpas esperava uma resposta de aceitação, absolvição ou perdão. Ao fazer reparações, podia declarar seus erros, seus papéis nos incidentes e que irão corrigir seu comportamento para o futuro. Repara as ações ou omissões que causaram prejuízos, não os seus sentimentos. Ao ter qualquer expectativa sobre a resposta a uma reparação, está se expondo a desapontamentos. Por esse e outros aspectos, o programa de recuperação dela substituía a expectativa pela esperança.

Para NAR-ANON (2004), partilhar inadequações e defeitos de caráter com outros será mais fácil quando o “companheiro” se perdoa realmente. Um membro de grupo, cuja autoestima dependia da capacidade de ajudar drogadictos que não se responsabilizavam pelos seus próprios problemas, “partilhou” em entrevista que “o perdão é simplesmente uma aceitação da condição humana de cada pessoa, incluindo todas as imperfeições, e uma libertação das emoções raivosas que os mantiveram separados uns dos outros”. Para ele, “mudar o comportamento é o meio mais sincero de fazer recuperações”.

Para ANÔNIMOS (2002) há necessidade de se “quebrar a barreira” formada pelo orgulho, o que seus membros poderão conseguir na medida em que recorram a Deus, com sinceridade, pedindo-Lhe:

Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitarmos o fato de não nos ser possível reparar muitos danos que causamos a outras pessoas. Mas, por favor Senhor, concedei-nos também humildade e coragem para reparar os que podemos.

Se pudéssemos ler as histórias secretas de nossos inimigos, encontraríamos, na vida de cada um, tristeza e sofrimento suficientes para desarmar o nosso ódio... (p. 37).

Verifica-se que sem a reparação sugerida neste Passo, não teria sentido continuar o autoexame do Passo Dez.

6.10 Trabalhando o Passo Dez

Continuamos a fazer o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

Passo Dez de Fumantes Anônimos (FA)

Para NAR-ANON (2004), o Passo Dez sugere aos familiares ficarem atentos à realidade deles em qualquer ocasião e trabalhem de forma contínua e persistente as suas imperfeições. Sustentar as mudanças pretendidas para suas vidas, pois os ajudará a manter a habilidade de examinar suas motivações, admitir seus erros, perdoar a si mesmos e aos outros, prontamente. Engolir seus orgulhos e serem humildes para reconhecer que alguma coisa que dizem e/ou fazem é inapropriada. Significa crescimento e é um bom começo no sentido de quebrar maus hábitos. “Às vezes demoramos a reconhecer que cometemos um erro. É importante corrigir o erro o mais depressa possível. O último segmento deste Passo é examinar nossas forças a fim de manter um equilíbrio. Esse equilíbrio nos permite olhar tanto para o nosso lado bom quanto para o lado mau” (p. 26).

Para ANÔNIMOS (2002), este Passo ajuda rotineiramente a olhar para dentro de si; ajuda cada membro a observar como se relaciona com aqueles em torno dele e serve como um lembrete para ajudá-lo a pensar, crescer e viver um dia de cada vez.

Se empregarmos um esforço sincero e constante na prática do Décimo Passo, adquiriremos o hábito salutar de nos analisarmos continuamente e de repararmos, sem demora, os erros cometidos. Aprenderemos assim, a dominar as nossas tendências egoístas. Isso nos proporcionará um relacionamento normal com os nossos semelhantes, evitando que se criem novas causas de descontrole em nossas emoções (p. 40).

BOYD (2000) considere que esse é o único Passo a fornecer um “remédio de efeito rápido”. Ao brigar com alguém, por exemplo, conviria perguntar a si mesmo se é mais importante ter razão ou preservar o relacionamento. Conseguindo admitir o seu erro, se for o caso, um pedido de desculpas ao ofendido pode salvar o relacionamento. Da mesma forma, a recuperação também pode ser salva. O ressentimento é um prelúdio para a recaída. Uma boa ideia, recomenda, é escrever num papel, antes de dormir, todos os pontos positivos e negativos do dia. Este é um

inventário diário, servindo para embasar tanto um inventário periódico quanto de longo prazo.

Um membro de Al-Anon entrevistado, que se achava um coitado, considerava o Passo Dez como sendo um dos Passos de manutenção. Outros companheiros o reconheciam como sendo um dos Passos de crescimento contínuo. Este Passo, segundo o entrevistado, ajuda a manter os principais instrumentos dos Passos anteriores funcionando na vida diária. “Continuar o processo de admitir os próprios erros e fazer reparações a si mesmo e aos outros quando for necessário, mantém a humildade e ajuda o codependente a aceitar as outras pessoas como elas são”, registrou o entrevistado. Compreende-se que este Passo é uma prescrição diária para abandono das defesas e admissão dos próprios erros. Sem a permanente vigilância sobre si mesmo sugerida no Passo Dez, não haveria o impulso para estreitamento da ligação com o Poder Superior, recomendada no Passo seguinte.

6.11 Trabalhando o Passo Onze

Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

Passo Onze de Emocionais Anônimos (EA)

O Passo Onze pede que seja trocado o pensamento mágico do escapismo pelas realidades de uma vida espiritual, ainda que sejam difíceis.

Os grupos de mútua ajuda adotam alguns lemas para auxiliar no cotidiano de seus membros. Um desses lemas é “Primeiro as primeiras coisas”, pelo qual vem antes de tudo a oração e a meditação, pois é assim que recebem orientação para as suas decisões. Isso explica, de forma simples, porque no Passo Onze se encontra a estimulante prescrição espiritual para por em prática o programa de recuperação.

Para BOYD (2000), este parece o mais “fantasioso” de todos os Passos. Contudo é o mais prático. Relaciona-o com o soltar-se depois de todo seu trabalho anterior, de confiar.

Depoimento de um codependente que, devido a ansiedade, sofria dores crônicas de cabeça e das costas, garantia que quanto mais se aprimora o contato consciente com Deus, através da prece e da meditação, mais fácil fica dizer “Seja feita a Sua vontade, não a minha”. Para alguns, oração é pedir a ajuda de Deus; meditação é escutar a resposta de Deus. Rogam apenas que a vontade de Deus se faça. “Poucas pessoas acreditam no poder da prece porque não são interesseiras”, dizia um membro de grupo que vivia em depressão, apontando que é comum se lançar mão daquele recurso em última instância, quando nada mais resta a fazer para se conseguir o desejado. Portanto, pedir que seja feita a própria vontade é o que muitos consideram ser a finalidade da oração. Nesse caso, Deus existiria apenas para servi-lo. Não entende que o Poder Superior pode não dar o que se quer, mas seguramente dá o que se precisa.

Segundo NAR-ANON (2004), “uma das caricaturas mais conhecidas, mostra um sujeito de pé na rua, olhando para uma placa, na qual se lê, ‘UM DOS MUITOS CAMINHOS’”. A disposição de acreditar em um Poder Superior e de fato ouvir esse Poder Superior, permite que se faça escolhas. Em qualquer ponto do caminho, as escolhas podem ser boas ou más. Se a decisão tomada não foi boa, através da prece e da meditação pode-se silenciar o barulho, acalmar os medos e ouvir uma nova opção. Alguma já está a caminho. O familiar ou codependente não tem que ser perfeito. Somente confiar, ficar calmo e cuidar de si mesmo. “Ouvimos muito melhor quando nos falamos com compaixão e eu tenho uma intuição de que Deus jamais grita” (p. 28), concluía.

Para AL-ANON (2002), “melhorar ou fazer um contato consciente com Deus nem sempre é simples e às vezes o caminho pode ser pedregoso e irregular” (p. 133)

Caminhando por cada Passo, atinge-se aqui o limiar desta fase preparatória para a última etapa, no Passo Doze. Contudo, a experiência de grupo revelada em entrevista sugere que “sem a coligação com Deus nesse Passo, nunca se estará pronto para um despertar espiritual e, em consequência, para transmitir a mensagem e praticar os princípios assimilados na própria vida”, conforme dispõe o último Passo.

6.12 Trabalhando o Passo Doze

Tendo tido um despertar espiritual por meio destes passos, procuramos levar esta mensagem aos devedores compulsivos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Passo Doze de Devedores Anônimos (DA)

Observa-se que a satisfação de viver bem é o tema deste Passo. Ele pede que o codependente em recuperação compartilhe o seu caminho com os outros. A alegria da sobriedade e a realidade da vida é aquilo que o codependente tem a dar. Quem assim não procede é como quem perdeu o caminho e o seu rumo. Pratica a negação.

O resultado final atribuído ao trabalho dos Passos, de acordo com os membros entrevistados, é um despertar espiritual. Para eles “um despertar espiritual é a maneira de tomar responsabilidade pela própria vida, em vez de tentar controlar a dos outros. Ao tomar consciência dessa relação espiritual consigo, com o Poder Superior e com os outros, o familiar se dá conta do seu lugar no mundo. O Passo Doze pede a mudança postural de vítimas e compartilhamento com outros que têm o mesmo problema das mudanças ocorridas. Não mais pensando de forma egoísta, o familiar quer transmitir a mensagem. Passa a ser um servidor do mundo, ajudando aqueles que sofrem. Para chegar até eles, não querem utilizar somente a palavra, mas inclusive o próprio exemplo de vida. Por isso pregam o que praticam no dia a dia. Nada mais conveniente poderia ser sugerido”.

Acreditam que levar a mensagem deste Passo a outras pessoas significa partilhar a própria recuperação. Acreditam também que suas experiências, forças e esperança poderão beneficiar alguém. Prestar serviço nesses grupos é uma maneira de levar a mensagem a outras pessoas. Assumir essas responsabilidades os obriga a estar nas reuniões regularmente, possibilitando que a recuperação ocorra. Descobre o membro de grupo que prestando serviço tem muito mais a ganhar do que dar, começando a consolidar a sua recuperação.

Para NAR-ANON (2004), este Passo pode parecer o último, mas com ele se descobre que os benefícios ganhos crescem com a sua aplicação em todas as atividades. O familiar leva a sua recém-descoberta recuperação além do grupo, atingindo a família, vizinhos, colegas de trabalho e a todos que encontra, não

através da pregação, mas pela atração intrínseca a sua conquista. Começa-se a viver a vida no presente. Reconhecer, partilhar e despertar é a essência do Passo Doze.

AL-ANON (2002) considera que se pode dizer que todo o seu programa de recuperação está resumido neste Passo. Trata-se, segundo os seus membros entrevistados, de um convite a permanência no caminho de recuperação. Deve-se continuar o trabalho de manutenção para não se recair nos velhos padrões. Portanto, torna-se necessário o compartilhar tudo o que foi recebido, dando-o aos outros. Lidar com os entes queridos pode ser um grande teste para a recuperação. Muitas vezes, essas são as pessoas que foram responsáveis pela procura de um grupo de mútua ajuda. É possível que se esteja ligado a elas financeira, emocional e legalmente. Portanto, torna-se indispensável aplicar o programa de recuperação em todos os aspectos desses relacionamentos. Dizia um membro de grupo que “a recuperação não protege ninguém da vida”. Ela “capacita a viver mais plenamente e a enfrentar os problemas da vida à medida que apareçam”.

As irmandades proporcionam apoio humano, um Poder Superior para orientar e apoiar, além de Doze Passos para se viver de acordo com eles. Existem muitas formas de despertar espiritual, e muitas maneiras de se levar a mensagem. AL-ANON (2002) oferece ideias e perguntas para ajudar a explorar o significado deste Passo, conforme segue (pp. 149 e 150):

- Qual é a diferença entre levar a mensagem e dar conselho?
- Ao tentar levar a mensagem, o que experimentei?
- Como posso reconhecer um pedido de ajuda sem me intrometer nos assuntos pessoais dos outros?
- Como posso melhor levar a mensagem aos meus familiares, principalmente àqueles que resistem às ideias?
- Como posso praticar esses princípios nas minhas atividades financeiras? Meu trabalho é simplesmente um meio de ganhar dinheiro ou uma oportunidade de praticar minha recuperação?
- O que o Passo Doze diz sobre prestar serviço na irmandade?
- O que significa “esses princípios” no enunciado desse Passo?
- Como posso aplicá-los na minha vida diária?
- Como estou vivendo a mensagem do programa?
- Sou um bom exemplo de recuperação na irmandade?

Verifica-se que todo despertar espiritual têm algumas coisas em comum, como o fim da solidão e um sentido de direção na vida do codependente. Para manter a paz de espírito inerente, há que se esforçar para viver no aqui e agora.

Do “livro azul” de A. A., compilamos o seguinte trecho:

Ao encontrar alguém com possibilidades de se tornar membro de Alcoólicos Anônimos, descubra tudo o que puder a seu respeito. Se ele não quiser parar de beber, não perca tempo tentando convencê-lo. Você pode estragar uma outra oportunidade. Este aviso é válido, também, para a família dele. Todos precisam ser pacientes, sabendo que estão lidando com uma pessoa doente. Se houver algum indício de que ele quer parar, tenha uma boa conversa com a pessoa mais interessada nele – em geral, sua esposa. Obtenha informações a respeito de seu comportamento, seus problemas, o tipo de educação que teve, a gravidade de seu estado e suas tendências religiosas. Você precisa destes dados para poder se colocar no lugar dele, para ver como e de que modo você gostaria que ele se aproximasse de você, se os papéis fossem invertidos (pp.109 e 110).

Observou-se que a experiência acima transcrita não era praticada nos grupos de mútua ajuda trabalhados, principalmente pelos membros menos experientes, ciosos por atrair e acolher todas as pessoas que precisam da irmandade.

Para uma servidora desses grupos, que usava os filhos para preencher as suas necessidades emocionais, conviria a consciência de que as palavras poderão se transformar numa forma negativa de transmissão da mensagem, se não tiverem alicerçadas no exemplo. Poderão também dar a entender que a irmandade correspondente não funciona para todos, que certas pessoas não obtêm resultados com o programa, a começar por aquela que está transmitindo a mensagem apenas com palavras. O comportamento da mesma na vida diária não demonstrava que ela estivesse realmente procurando se conduzir dentro do equilíbrio e da tranquilidade que o programa oferece.

7 CONCLUSÃO

Não creiais em nada somente pela autoridade de vossos mestres ou de vossos sacerdotes. Após examinar, crede naquilo que vós mesmos tenhais experimentado e reconhecido razoavelmente como consentâneo com o vosso bem e o bem dos outros.

Kalama Sūtra (antigo texto budista)

Os Doze Passos não são uma teoria ou uma opinião intelectual. Trata-se de um modo de vida para todos. Os grupos de mútua ajuda, que adotam livre e corajosamente os Doze Passos, não são religião, nem tampouco representam ou endossam qualquer segmento religioso. Contudo, a prática de um programa de recuperação requer certa religiosidade por parte de seus membros, que acreditam na existência de um Poder Superior, um Deus amoroso que cada um concebe. Acolhendo NIETZSCHE (1974), "... uma fé sempre tem que preexistir para que dela derive uma direção, um sentido, um limite, um método, um direito a existência" (p.303).

Observa-se que os programas dos grupos de Doze Passos não se limitam a esses Passos. Nos Grupos Familiares Al-Anon, assim como no Nar-Anon, por exemplo, além dessa ferramenta básica do programa considerado espiritual, disponível para os membros despertados para o viver, constam também as suas respectivas Doze Tradições. Elas são responsáveis pela unidade dos grupos envolvidos, pelo conviver na irmandade. Os Doze Conceitos de Serviço, que orientam o servir, completam esses programas que seguem os legados de A.A., quais sejam, recuperação, unidade e serviço. Reina nos grupos de mútua ajuda o sentimento de que é no serviço, na doação de si mesmo e na vontade de cumprir os desígnios de um Poder Superior que a alma desperta para sua perfeição latente.

Os grupos de mútua ajuda dão enorme importância às suas atividades de apoio a comunidade profissional e terapeutas em geral. Por isso mesmo, estranhou-se a ação não isolada, por parte de comunidades terapêuticas, ao exigirem de familiares dos seus clientes, inócuos atestados de presença desses familiares nas reuniões regulares (fechadas) dos grupos de anônimos. Sem qualquer finalidade terapêutica, essa prática significa ignorância do funcionamento daqueles grupos, podendo representar, dentre outros, abuso de confiança perante aqueles que pagam as suas faturas. ARAUJO (2009) considera as comunidades terapêuticas entidades

com “um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil”, sendo o assunto tratado no Apêndice II deste trabalho.

Questionado sobre a baixa frequência de membros nas reuniões de seu grupo, numa cidade como Salvador, cheia de problemas advindos da dependência química e do vínculo, um servidor de confiança do Nar-Anon comentou que “a irmandade é para poucos; é para quem quer viver o programa do Nar-Anon”. Outro “companheiro” foi mais além, partilhando que a irmandade “não é apenas para quem quer, mas principalmente para quem deseja” a recuperação. Atualmente com, aproximadamente, 250 salas, o Nar-Anon do Brasil se esforça para recuperar e abrir novas salas, colaborando com Narcóticos Anônimos, detentor de mais de 800 salas no país. Por sua vez, os Grupos Familiares Al-Anon se apresentam em cerca de 900 salas enquanto Alcoólicos Anônimos atingem 6.000 salas no Brasil. Os grupos Amor Exigente, que adotam os Doze Passos, compõem o cenário, apresentando cerca de 500 salas em funcionamento. O mais recente CoDA já ocupava aproximadamente duas dúzias de salas, em setembro de 2009, nos estados do sul e sudeste. Ressalte-se que, mundialmente, o Irã consegue manter abertas 650 salas de Nar-Anon, um número significativo, considerando aspectos sociais, culturais e geográficos daquele país.

A questão das drogas ultrapassou em larga escala as fronteiras da medicina, de modo que os profissionais das diversas áreas, inclusive psiquiatras, psicólogos, representantes do legislativo e do judiciário, buscam definir a drogadição e correlatos em termos apropriados aos seus respectivos campos de atuação. Há que se considerar as experiências significativas como, por exemplo, a do cérebro bipartido de Roger Sperry, neurobiólogo, ou do neurocientista americano Benjamin Libet, com suas profundas implicações filosóficas e cujos resultados sugerem que não temos uma escolha consciente sobre o que fazemos, anuviando o livre arbítrio. Tomografias computadorizadas mostram efeitos neurobiológicos da psicoterapia em pessoas traumatizadas, tornando possível saber quais as áreas do cérebro (córtex pré-frontal e não a amígdala) quando a pessoa tem a coragem de ultrapassar os seus temores. A coragem, portanto, é uma estratégia mental para superar o medo e não apenas de uma emoção nascida no coração.

A “coragem para mudar” inserida na Oração da Serenidade é uma coragem profunda, consciente, ousada, determinada, exigindo capacidade de análise e

avaliação dos caminhos possíveis diante de uma determinada situação. Esse caminho deveria ser trilhado de forma equilibrada e responsável, conforme sugere o programa de recuperação dos grupos de mútua ajuda. Sobrevivemos numa sociedade em que o modelo dominante segue uma lógica consumista. Porém é necessário inventar ou reinventar novas possibilidades de existência, construindo para si um campo amoroso e uma vida ajustada, onde se saiba distinguir, com sabedoria, aquilo que se pode ou não modificar.

O codependente é alguém que necessita de ajuda. Não basta o codependente dizer não a sua dependência. Ser vulnerável e deixar-se influenciar pelo comportamento do outro, não significa ser mau ou ter um defeito de caráter. Por certo esse comportamento codependente foi aprendido, assimilado ao longo da vida, na infância ou mais tarde. Os caminhos para a recuperação têm início com a percepção e o reconhecimento pelo codependente dos sintomas da codependência em sua vida. Aceitando que não é onipotente, que não pode controlar muitas das situações de sua vida, que não é tão forte quanto gostaria que fosse, que aceita a realidade tal qual ela se apresenta, que é necessário estabelecer seus limites, o codependente poderá dar seus primeiros passos. A aceitação da realidade desperta inevitavelmente a dor. Até entender que o sofrimento é opcional, o codependente poderá travar uma batalha interior, percebendo o seu conflito emocional interno e passando a aceitar ser normal odiar aquele a quem dedicou tempo, esforço emocional, e de quem recebe hostilidade, indiferença, desprezo. Quando aceitar que amor e ódio estão ligados, sentirá firmeza no caminho de recuperação escolhido, dentre eles o indicado pelos Doze Passos. Necessitará de coragem para promover mudanças, amar a si próprio, viver a vida, desligar-se, relaxar, resolver os seus problemas, progredir sem se preocupar com perfeição. Enfim, desenvolver a sua espiritualidade.

O terapeuta não pode prescrever doses de serenidade para quem necessita aceitar aquilo que não pode modificar, com sabedoria. A esperança permanece parte essencial da vida das pessoas. Ela sempre terá uma dimensão criadora, conseguindo força no vazio e nas adversidades, sem opor-se a nada, como uma ponte por onde se sai da ilha da solidão. “Precisamos do relacionamento terapêutico – o toque amoroso, a expectativa positiva, a dimensão do valor pessoal, até mesmo um pouco de magia”, conforme SOLFVIN (1997, p. 120).

Conscientes de que ciência e fé não se opõem, poderemos responder a perguntas caladas pelo sofrimento de muitos. Naturalmente, pesquisa e ação poderão nos conduzir a obtenção de resultados satisfatórios. Dentre tantos caminhos terapêuticos, aquele oferecido pelos Doze Passos pode ser o mais suave e eficaz para com a codependência.

REFERÊNCIAS

AL-ANON, Grupos Familiares. **A esperança para hoje**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 2005. 380 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Alateen: esperança para filhos de alcoólicos**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1998. 110 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Como o Al-Anon funciona para familiares e amigos de alcoólicos**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1999. 384 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Coragem para mudar: um dia de cada vez no Al-Anon II**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1998. 380 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Os caminhos para a recuperação**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 2002. 382 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Os doze passos & as doze tradições do Al-Anon**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1998. 148 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Plano para progredir: inventário do passo quatro do Al-Anon**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1996. 67 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Primeiros passos do Al-Anon**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1996. 10 p.

AL-ANON, Grupos Familiares. **Um dia de cada vez no Al-Anon**. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1995. 378 p.

ANÔNIMOS, Codependentes. **CoDA Brasil**. Disponível em: <http://www.codabrasil.org/>. Acesso em: 13 de julho 2009.

ANÔNIMOS, Neuróticos. **Os doze passos e doze tradições que orientam o indivíduo e os grupos da irmandade N/A**. São Paulo: ENABRA - Escritório de Serviços Gerais do Brasil, 2002. 97 p.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro. **Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. Disponível em: http://aed.one2one.com.br/novosite/atualizacoes/as_137.htm. Acesso em: 25 de abril 2009.

BALLONE, GJ. **Adicção, Drogadicção, Drogadicto** - in. Psiqweb, Internet, em www.psiqweb.med.br, revisto em 2005. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=229&sec=34>. Acesso em: 26 de agosto 2008.

BALLONE, GJ. **Codependência** – in. Psiqweb, Internet, em www.psiqweb.med.br, revisto em 2006. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=392&sec=34>. Acesso em: 26 de agosto 2008.

BAUDIN, Patrick; TORA, Marie. **A respiração holotrópica, para uma consciência mais ampla de si próprio e do mundo**. Lisboa: Estampa, 1997. 153 p.

BOYD, Deirdre. **Vícios: esclarecendo suas dúvidas**. São Paulo: Ágora, 2000. 180 p.

CAMPBELL, Joseph. **O herói de mil faces**. São Paulo: Cultrix/Pensamento, 1995. 414 p.

CARNES, Patrick J. **Um suave caminho ao longo dos Doze Passos**. São Paulo: Madras, 2001. 292 p.

CASTILHO, Tai. **A terapia familiar, o terapeuta e a droga – adição: uma experiência de crescimento**. In: _____ (Org.). *Temas em terapia familiar*. 2 ed. São Paulo: Summus, 2001. 146 p.

COLOMBIA, Grupos de Família Nar-Anon. **Aplicación de los doce pasos de Nar-Anon, “historia de mi vida”**. Baja California, México: Oficina de Servicios Regionales, 2008. 25 p.

CRIMINOLOGIA, Instituto de Medicina Social e de. Infodrogas - **Conceitos do IMESC**. Disponível em: www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/conceito.htm. Acesso em: 26 de maio 2009.

DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho**. São Paulo: Cultrix, 1995. 262 p.

DORSCH, Friedrich; HÄCKER, Hartmut; STAPF, Kurt-Hermann. **Dicionário de psicologia Dorsch**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 1153 p.

FIGLIE, Neliana Buzi. **Apoio aos filhos de dependentes químicos**. Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas. Acesso em: 26 de agosto 2008.

FRIEDMAN, Matthew. **Transtorno de estresse agudo e pós-traumático: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 142 p.

GROF, Stanislav. **Psicologia do futuro, lições das pesquisas modernas da consciência**. Niterói: Heresis, 2007. 368 p.

HUMBERG, Lygia Vampré. **Dependência do vínculo – uma releitura do conceito de co-dependência**. 2003. 125 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2003. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-18102005-105706/>. Acesso em: 02 de julho 2009.

INSTITUTO, Diretoria Acadêmica do. **Manual de metodologia do instituto superior de ciências da saúde**. Belo Horizonte: Instituto Mineiro de Acumputura e Massagens, 2008.

JUNG, Carl Gustav. **Resposta a carta de Bill W.** Disponível em: http://www.ichthysinstituto.com.br/artigos_detalhe.asp?Id=28. Acesso em: 21 de maio 2009

KELEMAN, Stanley. **Corporificando a experiência: construindo uma vida pessoal**. São Paulo: Summus, 1995. 102 p.

KRISHNAMURTI, J. (Jiddu). **O que você está fazendo com a sua vida?** Rio de Janeiro: Nova Era, 2008. 269 p.

LELOUP, Jean-Ives, BOFF, Leonardo. **Terapeutas do deserto**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 174 p.

LEVINE, Peter A.; FREDERICK, Ann. **O despertar do tigre: curando o trauma**. São Paulo: Summus, 1999. 234 p.

MORAES, Elisangela. **Co-Dependência**. Disponível em: http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos_Psicologia/Co-dependencia.htm. Acesso em: 26 de agosto 2008.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Compartilhando experiência, força e esperança: reflexões diárias dos grupos familiares nar-anon**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2008.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Eu costumava usar jogos loucos: a história de nancy r. com auxílio de suas amigas**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 1997.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Histórias de recuperação**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2008.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Histórias pessoais**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 1997.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Nar-Anon**. Rio de Janeiro, RJ: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2008.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Nar-Anon: um programa espiritual**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2005. 36 p.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Programa dos doze passos nar-anon**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2004. 38 p.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Tinta e um dias no nar-anon**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2003.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **Um guia para a família do adicto**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 1999.

NAR-ANON, Grupos Familiares. **As doze ferramentas de recuperação do nar-anon**. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2009.

NIETZSCHE, Friedrich. **Obras incompletas**. 1. ed. São Paulo: Abril S.A. Cultural e Industrial, 1974. 436 p.

ROGERS, Carl R. **Psicoterapia e consulta psicológica**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 443 p.

TENDAM, Hans. **Cura profunda**. São Paulo: Summus, 1997. 302 p.

SACCU, Carmine. **Conversando com carmine saccu sobre a complexidade**. In: CASTILHO, Tai (Org.). **Temas em terapia familiar**. 2 ed. São Paulo: Summus, 2001. 146 p.

SALDANHA, Vera. **A psicoterapia transpessoal**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1999. 190 p.

SCHENKER, Miriam; MINAVO, Maria Cecília de Souza. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica**. Disponível em: http://aed.one2one.com.br/novosite/atualizacoes/as_152.htm. Acesso em: 26 de agosto 2008.

SERVICES, Alcoholics Anonymous World Inc. **Alcoólicos anônimos atinge a maioria: uma breve história de A.A.** São Paulo: Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil - CLAAB, 1994. 308 p.

SERVICES, Alcoholics Anonymous World Inc. **Alcoólicos anônimos**. São Paulo: Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil – CLAAB, 1994. 200 p.

SERVICES, Alcoholics Anonymous World Inc. **Doze conceitos para serviços mundiais, por bill w.** São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil – JUNAAB, 1999. 128 p.

SERVICES, Narcotics Anonymous World Incorporated. **Narcóticos anônimos**. 5 ed. California, USA: Narcotics Anonymous World Services, Incorporated, 1998. 128 p.

SOLFIN, Jerry. **O relacionamento terapêutico**. In: CARLSON, Richard; SHIELD, Benjamin (Org.). **Curar, curar-se**. São Paulo: Cultrix, [1997]. 217 p.

WOOLGER, Roger J. **As várias vidas da alma**. 4 ed. São Paulo: Cultrix, 2004. 226 p.

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Codependência: o transtorno e a intervenção em rede**. São Paulo: Ágora, 2004. 283 p.

APÊNDICE A - CONCEITOS BÁSICOS

Os conceitos a seguir, originários do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), através do site “www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/conceito.htm”, em 26/05/2009, serviram de base para este trabalho, sendo apresentados com algumas adaptações práticas, inclusive em ordem alfabética.

Abuso

Caracteriza-se pelo vínculo forte com a substância que interfere nas outras relações. Inclui a ideia de uso em excesso, a noção de descomedimento. Todo uso é um uso indevido. Nem sempre o uso indevido é um abuso. Por exemplo: um medicamento tomado erroneamente, a automedicação, mesmo sem excesso, bem como uma dose moderada e até esporádica de álcool, mas durante um tratamento com o qual não seja compatível, constituem uso indevido. Todo uso de drogas ilícitas ou ilegais, de acordo com a lei, corresponde a um abuso passível de sanção legal, uma vez que tais usos são proibidos. Alguns autores denominam de categoria especial de abuso as substâncias desviadas do seu uso habitual, em particular inalantes ou solventes, além da automedicação.

Adicção

Do inglês *addiction*, significa uma dedicação total, apego ou inclinação de alguém por algum fato ou objeto. Esse termo foi abandonado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) por ser impreciso e levar a falsas interpretações como os termos “vício” e “hábito”.

Adicto

Do latim *addictus* (entregue a alguém como escravo), define-se como uma pessoa francamente propensa a uma determinada prática – uma crença, uma atividade, um trabalho – ou partidária de determinados princípios. A OMS não classifica o usuário dependente como adicto, uma vez que se considera que o abuso

de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Contudo, o termo é de uso comum em Narcóticos Anônimos (NA) e nos Grupos Familiares Nar-Anon para quem “um adicto é simplesmente um homem ou uma mulher cuja vida é controlada pelas drogas”, uma doença progressiva que termina sempre em prisões, instituições e morte. Para eles, essa doença envolve mais do que o uso de drogas. Alguns membros de NA, que se apresentam como “adictos em recuperação”, acreditam que a sua doença já estava presente muito antes de ter usado pela primeira vez.

Comportamento aditivo

São hábitos que levam a pessoa a estabelecer um vínculo estreito com algum fato ou objeto. Este vínculo se estabelece a partir da interação da pessoa com o objeto ou fato, a pessoa e suas características e o contexto sócio-econômico-cultural onde estão inseridos. As relações aditivas variam, dependendo da força e intensidade da dinâmica estabelecida entre produto, indivíduo e meio. O comportamento aditivo nem sempre é sinônimo de doença, problema ou psicopatologia. Ele se constitui um problema quando a relação indivíduo-produto torna-se extremamente intensa, não permitindo o desencadear de outras relações.

Dependência

Faz parte da natureza do homem, uma vez que toda a existência humana está compreendida entre estados de dependência.

Durante a vida, o ser humano cria relações de dependência com objetos, pessoas e situações. Algumas dessas relações são importantes para o bem-estar, outras causam prejuízo, perda de autonomia etc.

Vínculo extremo onde a droga é priorizada em detrimento de outras relações. Na falta da droga, as pessoas que se acostumaram a consumi-la são invadidas por sintomas penosos.

Pode ser a consequência de um desejo sem medida.

Termo recomendado em 1964, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para substituir outros com maior conotação moral como “vício”.

Constitui-se a partir de três elementos:

- a substância psicoativa com características farmacológicas peculiares;
- o indivíduo com suas características de personalidade e sua singularidade biológica;
- o contexto sócio-cultural dinâmico e polimorfo, onde se realiza o encontro entre o indivíduo e o produto.

Existem dois tipos de dependência: dependência física e dependência psíquica. Por ocasião da 9ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças, os aspectos psicológicos e físicos foram unificados sob a definição de dependência de drogas. Esta mudança ocorreu, pois no passado julgou-se erroneamente que as drogas que induziam a dependência física (e conseqüentemente à síndrome de abstinência) seriam aquelas perigosas (por isso foram chamadas de drogas pesadas - "hard drugs") ao contrário das que induziam apenas dependência psíquica (as drogas leves - "soft drugs"). Sabe-se hoje que várias drogas, sem a capacidade de produzir dependência física, geram intensa compulsão para o uso e sérios problemas orgânicos. Portanto, soaria estranho classificá-las como drogas "leves". Assim, hoje se aceita que uma pessoa seja dependente, sem qualificativo, enfatizando-se que a condição de dependência seja encarada como um quadro clínico.

Dependente

É sinônimo de dependente químico, drogadito ou drogadicto, usuário dependente, toxicômano e farmacodependente. Uma pessoa só deve ser considerada dependente se o seu nível de consumo incorrer em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses antecedentes ao diagnóstico:

- a) forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
- b) consciência subjetiva de dificuldades na capacidade de controlar a ingestão de drogas, em termos de início, término ou nível de consumo;
- c) uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência da efetividade de tal estratégia;
- d) estado fisiológico de abstinência;

e) evidência de tolerância, necessitando doses crescentes da substância requerida para alcançar os efeitos originalmente produzidos;

f) estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir droga em locais não propícios, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial etc.;

g) negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor do uso de drogas;

h) persistência no uso de drogas, a despeito de apresentar clara evidência de manifestações danosas;

i) evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma reinstalação rápida do quadro anterior.

Dependente químico

Sinônimo de dependente, usuário dependente, toxicômano, drogadito ou drogadicto, farmacodependente.

Droga

Palavra de origem controversa, pode ter origem do persa *droa* (odor aromático), do hebraico *rakab* (perfume) ou do holandês antigo *droog* (folha seca, porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais). Para a OMS, (1981) é "qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias para a manutenção da saúde como, por exemplo, água e oxigênio), que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura. É qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. No sentido figurado: "coisa de pouco valor; coisa enfadonha; desagradável" (Novo Dicionário Aurélio, 1986); "gíria: coisa ruim, imprestável; interjeição: exclamação que exprime frustração no que se está fazendo" (Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa Mirador Internacional, 2a. Ed., 1976). Desta forma, o termo embute significações subjetivas e negativas, dificultando sua utilização em contextos que se pretendem objetivos tais como para se referir à substância propriamente dita, ou seja, um substantivo. Se a

droga é uma droga (no sentido figurado), isto já implica questões como morais e de valores.

Drogadição

Fenômeno complexo resultante de três fatores primordiais – sujeito, produto (droga) e contexto.

Ver também dependência, farmacodependência e toxicomania.

Drogadito ou drogadicto

O mesmo que dependente, usuário dependente, toxicômano, dependente químico, farmacodependente.

Farmacodependente

O mesmo que dependente, usuário dependente, toxicômano, dependente químico, drogadito ou drogadicto.

Tóxico ou toxicante

Do grego *toxicon* (veneno de flecha), é a substância capaz de agir de maneira nociva (dependendo da dose, posto que a toxicidade está na dose), provocando alterações estruturais e/ou funcionais ao ser introduzida no organismo. Todas as drogas são potencialmente tóxicas e podem produzir intoxicação cuja gravidade dependerá do uso em excesso - quanto mais intenso for, e mais desfavoráveis forem as condições que cercam o consumo e a pessoa, maior será a intoxicação. Uma comida pode ser tóxica.

Toxicomania

Do grego *toxicon*, era o veneno no qual as flechas eram embebidas. Significa mania, loucura, comportamento de dependência em relação a uma ou mais substâncias psicoativas (Dicionário Larousse). Conforme o *Dictionnaire des*

Drogues, a observação dos comportamentos da adicção em relação a drogas tais como o álcool e o ópio data do começo do século XIX. A partir de 1840, o uso de produtos psicotrópicos se diversifica e se generaliza entre a população. O conceito de alcoolismo foi estabelecido em 1849 pelos cientistas. Em 1875, fala-se de cocainomania e morfinomania. O termo genérico de toxicomania, utilizado desde 1880, designava as condutas de adicção em relação a diversas drogas. Agrupou-se, em seguida, o termo toxicomania às práticas mais diferentes de consumo, enquanto que a origem dos critérios era o comportamento aditivo, compulsivo e provocador de uma situação de desmame quando da suspensão do produto. O termo designa igualmente o fenômeno do consumo de drogas com uma conotação patológica, médica. Tradicionalmente significa forma de comportamento que, recorrendo a meios artificiais - "os tóxicos" ou "as drogas" - visa tanto a negação dos sofrimentos como a busca de prazeres. Trata-se, pois, de uma situação psicoafetiva estruturando-se para encontrar um estado almejado que deve funcionar como euforizante das satisfações que o indivíduo não encontra na vida cotidiana (Claude Olievenstein - "A droga").

Toxicômano

É toda a pessoa que, partindo de um produto base, faz a escalada com outro produto e (ou então) o utiliza diariamente, ou quase diariamente. É uma definição que não emite julgamento sobre as consequências psicopatológicas do uso de produtos tóxicos (Olievenstein). Significa o mesmo que dependente, usuário dependente, dependente químico, farmacodependente, drogadicto.

Uso

É o vínculo frágil com a substância que permite a manutenção de outras relações. É possível usar moderadamente certas substâncias sem abusar delas. Assim, no caso dos medicamentos, o uso correto tem a ver com a dosagem adequada, além da indicação de um remédio apropriado por um médico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de drogas deve ser classificado em:

a) Uso na vida: quando a pessoa fez uso de qualquer droga pelo menos uma vez na vida;

b) Uso no ano: quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez nos últimos doze meses;

c) Uso no mês ou recente: quando a pessoa utilizou drogas pelo menos uma vez nos últimos trinta dias.

Quanto ao padrão de uso de drogas, a OMS define os seguintes tipos:

a) Uso de risco: padrão de uso ocasional, repetido e persistente, que implica em alto risco de danos futuros à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em significantes efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos;

b) Uso prejudicial: padrão de uso que já cause dano físico e/ou mental à saúde.

Uso indevido

Quando se fala em uso indevido de drogas, pressupõe-se que haja algum tipo de uso que seja devido, "tanto na acepção de legítimo, uso que é de direito, como no sentido de benéfico ou proveitoso".

"Não se pode jamais esquecer que a *questão das drogas, especialmente como se coloca nos dias de hoje, é eminentemente sociocultural*. A taça de champanha com que se brindam bodas, aniversários, Natal e Ano Novo, o chope ou o *vin d'honneur* são *usos devidos de drogas* em nossa cultura. Programas de prevenção que ignorem tais realidades certamente perdem credibilidade, pela ambiguidade da mensagem." (Domingos Bernardo, 1994).

Ver também uso e abuso.

Usuário

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a seguinte classificação para as pessoas que utilizam substâncias psicoativas:

a) Não-usuário: nunca utilizou;

b) Usuário leve: utilizou drogas, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal;

c) Usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente no último mês;

d) Usuário pesado: utilizou drogas diariamente no último mês.

Segundo considerações de saúde pública, sociais e educacionais, uma publicação da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) distingue entre quatro tipos de usuários:

a) Usuário experimental ou experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo etc. Na grande maioria dos casos, o contato com drogas não passa das primeiras experiências.

b) Usuário ocasional: utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível. Não há dependência, nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais.

c) Usuário habitual ou "funcional": faz uso frequente de drogas. Em suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência.

d) Usuário dependente ou "disfuncional" (dependente, toxicômano, drogadicto, farmacodependente, dependente químico): vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral.

Os conceitos acima foram obtidos através do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC) como forma de orientar o presente trabalho. Sem a pretensão de revisá-los, em alguns momentos os discutimos diante de situações reveladoras.

Em nossa pesquisa, verificamos que referidos conceitos não são objeto de estudo e discussão nos grupos de mútua ajuda. Isso não significa que o assunto seja proibido aos membros daquelas irmandades. A restrição se limita às suas reuniões regulares, cujo foco é a recuperação do codependente. Contudo, testemunhamos o depoimento de uma recém-chegada sobre a "novidade" do "I-

Doser” - um programa de computador criado supostamente com objetivo de provocar mudanças nas ondas cerebrais do usuário, visando imitar o efeito causado por drogas como a maconha, cocaína, heroína, álcool etc.

Membros de NA partilham que não escolheram se tornar adicto e que sofrem de uma doença que se manifesta de maneira antissocial, o que torna difícil sua detecção, diagnóstico e tratamento. Entendem que a adicção pode ser detida, como tantas outras doenças incuráveis. Revelam que as suas experiências demonstram que a medicina não pode curar a doença deles.

“Ninguém gosta da ideia de ser física e mentalmente diferente das outras pessoas”, dizem os membros de A.A. no seu conhecido “livro azul”. Para a maioria das pessoas, beber, cair e levantar é música para ouvidos e requebros, mesmo debochados. Significa alívio da ansiedade, do tédio e da preocupação: um alegre relacionamento com os amigos e uma sensação de que a vida é boa, conforme a propaganda. Toda tentativa de um alcoólico de “beber socialmente” resulta em fracasso.

A questão enseja discussão interminável. Os registros existentes sobre o tema são reconhecidamente inesgotáveis. As respostas encontradas sobre a condição de vilão ou vítima parecem dizer mais a respeito do codependente questionado que do dependente.

APÊNDICE B - COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As informações a seguir, pela importância e atualidade, foram extraídas do artigo de Marcelo Ribeiro de Araújo, MSc, publicado no site "Álcool e Drogas sem Distorção", em 15 de agosto de 2003, do Programa Álcool e Drogas, patrocinado pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

Surgidas em 1953, a partir das observações clínicas de Maxwell Jones, psiquiatra do exército inglês, que começou a desenvolver esse modelo para soldados com traumas decorrentes da II Guerra Mundial, as comunidades terapêuticas ganharam notoriedade como uma alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial.

As comunidades terapêuticas para o tratamento da dependência de álcool e drogas começaram a surgir durante os anos sessenta. Dois modelos de tratamento influenciaram ativamente as primeiras comunidades: o Modelo de Minnesota e o Modelo Synanon.

O Modelo de Minnesota é uma versão do modelo de tratamento preconizado pelos Alcoólicos Anônimos (A.A.). Geralmente, o tratamento começa em regime fechado e isolado, podendo durar vários meses. Nessa fase, há um programa intensivo de terapia de grupo, palestras, leituras e reuniões de A.A. O tratamento internado é sucedido por reuniões em *salas de Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos*. A equipe é composta por antigos usuários, que completaram os Doze Passos com sucesso e passaram a colaborar com a recuperação de outros. Esse modelo influenciou e até hoje influencia boa parte das comunidades terapêuticas em todo o mundo, especialmente nos Estados Unidos e no Brasil.

Alcoólicos Anônimos apareceu em 1935. Foi criado por Bill Wilson e pelo médico Robert Smith – o Dr. Bob, ambos dependentes de álcool. Juntos, iniciaram um processo de recuperação baseado na ajuda mútua. Essa união resultou na criação da *Alcoholics Foundation* (1938) e na publicação do livro *Alcoholics Anonymous* (1939), um guia para a sobriedade, também conhecido como o livro azul, baseado na prática dos Doze Passos. A essência dos Alcoólicos Anônimos é o modelo espiritual: *o alcoolismo é entendido como uma condição na qual o indivíduo torna-se incapaz de superar-se por si só*. A esperança de mudança consiste em

entregar a vida a uma força superior e a partir daí, segui-la rumo à recuperação. Bill e Bob acreditavam em alguns preceitos fundamentais à recuperação:

- praticar os Doze Passos
- confiar na existência de um Poder Superior
- compartilhar experiências, forças e esperanças,
- manter-se ativo
- um dia após o outro pelo resto de nossas vidas ("só por hoje não bebi")
- um aperto de mão, um sorriso e um abraço são sempre possíveis.

O Modelo Synanon de recuperação para dependentes químicos foi uma das grandes controvérsias terapêuticas dentro da história dos tratamentos destinados à dependência química. Ele fora criado em 1958, pelo americano Charles E. Chuck Dederich. Os referenciais teóricos deste novo método iam de Platão a Freud, passando por Buda, Emerson e São Tomás de Aquino. De formação leiga, Dederich não propunha apenas um modelo comunitário, mas sim um novo lar, uma nova e definitiva sociedade para todos os dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias, que decidissem acompanhá-lo voluntariamente. Tais dependentes eram em sua maioria indivíduos com antecedentes de crimes, aprisionamentos e falhas na tentativa de abandonar o consumo de drogas pelos métodos tradicionais.

O método Synanon era baseado (em parte) na ajuda mútua, por meio da troca de experiências acerca da abstinência e da recuperação. Influenciado pelo modelo de ajuda mútua dos Alcoólicos Anônimos, diferia deste em pontos fundamentais: enquanto os AA partiam da entrega e da confiança em uma força superior, o Synanon acreditava na autoconfiança como preceito essencial: "chega um momento da vida em que se conclui que a inveja é ignorância e a imitação, suicídio; a partir desse momento é preciso se aceitar, por bem ou por mal". Para Dederich, o desenvolvimento humano passava pelas fases de aquisição (infância), compartilhamento (adolescência) e doação (idade adulta). O dependente, ao contrário, recebeu muito, não compartilhou o suficiente e se doa pouco. Tal comportamento desviado, só poderia ser corrigido a partir de novas formas de convívio e métodos terapêuticos.

O aconselhamento confrontativo, um dos pilares do modelo Synanon, ficou conhecido como *terapia do ataque*. Dederich acreditava que o ataque verbal era a

melhor forma para 'demolir das muralhas erguidas' pelo dependente ao longo de sua vida, que lhes impediam de qualquer contato real e positivo com o seu meio ambiente. A humilhação e a atribuição de culpa eram recursos usualmente utilizados, em meio a um ambiente grupal marcado pela vociferação e intimidação.

O trabalho também era um pilar fundamental do Synanon, tanto para a recuperação e reintegração, como para determinar a colocação dos indivíduos dentro da sociedade comunitária instituída. Assim, os recém-chegados ficavam encarregados das atividades braçais mais grosseiras e subservientes, tais como a limpeza do lixo e dos banheiros, enquanto os que progrediam iam recebendo incumbências mais complexas e administrativas. Cabia também aos mais novos, a arrecadação de donativos, por exemplo, por meio da venda de canetas e outros pequenos objetos.

Apesar da ampla oposição dos profissionais ligados aos modelos tradicionais de tratamento, o Synanon gozou de grande prestígio dentro da sociedade norte-americana dos anos sessenta. Doações milionárias, filmes hollywoodianos, apoios de intelectuais, palestras em igrejas, escolas e universidades, trouxeram grande notoriedade ao modelo e seu idealizador. A partir dos anos setenta, no entanto, Dederich decidiu transformar o Synanon em religião, centralizada na obediência total a sua figura. Vasectomias e troca de casais entre alguns seguidores (por ordem do líder espiritual), além de acusações de maus-tratos e atentados, foram aos poucos jogando no ostracismo o 'legado dederichniano' do Synanon. O modelo Synanon, no entanto, não desapareceu por completo e parte de seus preceitos ainda é utilizado como método de prevenção nas escolas e como recurso terapêutico.

Desprestigiadas desde o final dos anos setenta, as comunidades terapêuticas voltaram a chamar a atenção no final dos anos oitenta. Muitas comunidades terapêuticas para dependência química, nascidas a partir dessa época, assumiram perfis que as tornaram diferentes de suas predecessoras. Anteriormente utilizadas preponderantemente por métodos de tratamento baseados no confronto e desprovidas de profissionais especializados, as comunidades terapêuticas passaram a servir também para abordagens baseadas na psicanálise, na terapia existencial e cognitivo-comportamental. Muitas comunidades passaram a ter profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Novas técnicas, tais como o aprendizado social e o

treinamento de habilidades, foram instituídas em alguns lugares. Houve, igualmente, uma maior investigação científica acerca de sua eficácia, dos pacientes mais indicados para esse ambiente de tratamento, do papel dos profissionais envolvidos, entre outras coisas.

A Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas dos Estados Unidos define este ambiente de tratamento como "um tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação. As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade".

A abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual é o ponto de distinção entre as comunidades terapêuticas e outras formas de ambiente de tratamento. Há quatro dimensões comportamentais visadas para que o indivíduo opere a ressocialização terapêuticamente objetivada:

- o *desenvolvimento individual*, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras, melhor habilidade para lidar com a emoção e construção da identidade;
- a *mudança de aspectos subjetivos do comportamento*, relacionada às experiências e percepções do indivíduo quanto as circunstâncias externas que fomentam o consumo de drogas, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica da mudança obtida ao longo do processo;
- a *incorporação de princípios comportamentais e sociais*, tais como a autoeficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e
- a *integração social*, possível apenas se pautada pela cooperação, conformidade e comprometimento.

A forma assumida por uma comunidade terapêutica reflete a filosofia subjacente da organização que a fundou. Algumas comunidades são notadamente

marcadas pela hierarquização de funções e comandos, por técnicas de autoajuda ou mútua ajuda e terapia comportamental, enquanto outras propõem uma estrutura 'mais democrática', com cursos profissionalizantes e abordagens psicanalíticas. Há também, as comunidades cuja proposta de recuperação é baseada em alguma filosofia religiosa, combinada às vezes e em diferentes proporções com o Modelo de Minnesota. Há comunidades terapêuticas especializadas em determinado tipo de dependência, ou dirigida a grupos específicos de usuários, tais como mulheres e adolescentes. No entanto, independente da linha adotada e do nível de especialização do atendimento, grande maioria delas tem por objetivo a *abstinência completa de qualquer tipo de substância*.

Não existe uma estrutura-padrão, tampouco um cronograma básico de funcionamento. Há, sim, diversos componentes fundamentais que são combinados dentro das necessidades de cada comunidade. O tempo de permanência pode ir de semanas a meses. Há evidências sugestivas de que o tempo de tratamento deva ser maior para indivíduos com comorbidades e padrões graves de consumo, mas essa opinião não é consensual. As atividades desenvolvidas também possuem grande variabilidade, estruturadas em níveis de complexidade igualmente distintos. Algumas estão centradas quase que exclusivamente nos Doze Passos e atividades laborais, enquanto outras oferecem grupos nas mais variadas linhas, terapia ocupacional, atividades vocacionais e atendimento médico e psicológico individuais. Atividades capazes de melhorar a adesão ao tratamento já foram alvos de pesquisas científicas.

Frequentemente, a equipe das comunidades terapêuticas é formada por ex-usuários de álcool e drogas bem-sucedidos no processo de recuperação. No entanto, as comunidades terapêuticas podem possuir, em graus variados, o auxílio de outros profissionais: desde a colaboração de psicólogos e médicos voluntários sem especialização em dependência química, passando pela associação entre profissionais especializados e ex-usuários, até equipes exclusivamente compostas por profissionais da área.

O papel dos ex-usuários, batizados pela literatura como "profissionais da experiência", é pouco estudado. Apesar de alguns estudos descrevem a mesma para a eficácia entre abordagens especializadas e não-especializadas, acredita-se, por outro lado, que há situações mais e menos indicadas para a atuação deste tipo

de profissional. Instrumentos para medir as concepções e o *modus operandi* dos conselheiros ex-usuários foram desenvolvidos. A capacitação desses profissionais pode melhorar a qualidade de seu desempenho e é sempre desejável.

Não há um consenso acerca da população de dependentes mais indicada para o tratamento em comunidades terapêuticas, apenas que, como qualquer modelo, não está indicado para todo e qualquer indivíduo. A própria abordagem deve respeitar as características sócio-demográficas e o padrão de consumo de cada um. Os pacientes que geralmente procuram esse ambiente de tratamento possuem problemas sociais, educacionais, vocacionais, comunitários e familiares relacionados ao consumo de substâncias psicoativas de maior gravidade. Entre estes, há maior prevalência de consumo de múltiplas substâncias, envolvimento com o sistema judicial, suporte social precário e transtornos mentais associados (depressão, ansiedade, transtorno de personalidade antissocial e *borderline*).

Apesar da organização idiossincrática das comunidades terapêuticas, os estudos demonstram que estas são mais eficazes no tratamento da dependência química, quando comparadas à ausência de qualquer tratamento. Quando comparadas a outros ambientes de tratamento, os resultados são controversos, mas a maioria não vê diferenças de eficácia entre esses.

Sua estrutura de funcionamento, intensiva, fechada, parcialmente isolada do meio externo, hierarquizada e focalizada nas regras do convívio comunitário, a faz parecer indicada para a população que de fato a procura habitualmente. No entanto, de forma semelhante aos outros ambientes de tratamento, casos mais graves, como os usuários de drogas injetáveis, pacientes com múltiplos parceiros sexuais, poliusuários e sem motivação para o tratamento, são os que possuem os maiores índices de abandono. A permanência desses indivíduos (mais graves), porém, está relacionada à melhora dos padrões de consumo, dos sintomas psiquiátricos e da reintegração social, se comparados aos que abandonam precocemente o tratamento.

As comunidades terapêuticas, coloquialmente conhecidas por 'fazendas' ou 'sítios' são um ambiente terapêutico bastante recorrente no meio brasileiro. No entanto, os estudos acerca do tema são praticamente nulos na literatura científica

nacional, restritos a relatos da experiência de profissionais envolvidos nesse ambiente de tratamento.

Os modelos terapêuticos utilizados dentro dessas comunidades são habitualmente baseados no Modelo de Minnesota, em preceitos religiosos ou em uma combinação de ambos. Muitas comunidades são administradas por equipes de dependentes em recuperação, que concluíram com sucesso o programa terapêutico. As comunidades terapêuticas de orientação católica e evangélica são bastante comuns e participam ativamente do tratamento dos dependentes de álcool e drogas e da capacitação de indivíduos interessados em participar desse tipo de tratamento comunitário.

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), fundada em 1990, possui cerca de uma centena de filiadas. Há ainda um número equivalente de outras comunidades não-filiadas à FEBRACT, mas que possuem registro junto aos conselhos estaduais de entorpecentes. Muitas comunidades terapêuticas brasileiras possuem alto grau de organização e complexidade: programas de permanência, atividades estruturadas, além de profissionais especializados. Gozam, assim, de grande prestígio e confiabilidade por parte de outros profissionais da área e do público que as utiliza.

Por outro lado, há outras comunidades funcionando precariamente, sem infraestrutura e equipe minimamente capacitada para lidar com os pacientes internados. Não há estudos relacionados a esse tema, tampouco um indicador público acerca da quantidade e da qualidade das comunidades. Talvez, a ausência de tratamentos públicos de qualidade, a inexistência de diretrizes, a fiscalização precária e a concepção geral pró-internação, tenham contribuído para o surgimento desenfreado e desestruturado desses serviços. Outro fator a ser considerado é o modelo moral, de ataque e excessivamente hierarquizado que outrora prevaleceu nesse ambiente. Para esse modelo, o dependente precisava sentir na carne as consequências de seus atos. Desse modo, ambientes precários e mesmo insalubres, reclusões descabidas, punições e trabalhos propostos como forma de submissão ao tratamento podem ser, ainda, resquícios de um tempo que não foi totalmente extirpado de algumas comunidades brasileiras. Tal situação acaba contribuindo para tornar esse importante instrumento de tratamento em alvo de incertezas, ainda que não passem de meras exceções à regra.

Ultimamente, com a finalidade de sanar tais desvios, as comunidades terapêuticas passaram a merecer atenção governamental. Em esforço conjunto, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaboraram *normas mínimas de funcionamento* para este tipo de estabelecimento terapêutico (2001). A nova resolução da ANVISA trata de questões tais como autorização para funcionamento e fiscalização, normas para o manejo medicamentoso dentro destes serviços e critérios de elegibilidade para a internação (devem ser essencialmente voluntárias). Procurou, também, apresentar critérios de gravidade acerca da síndrome de dependência, de suas complicações biológicas, psíquicas, sociais, familiares e legais.

A internação deve ser isenta de restrições baseadas em critérios religiosos, partindo sempre da vontade do paciente, respeitando seu direito ao sigilo e podendo ser interrompida por este a qualquer momento. A internação é contraindicada para pacientes com complicações biológicas e psicológicas consideradas graves pelos critérios elaborados. O paciente e seu responsável devem saber de antemão seus direitos e deveres, bem como as regras de funcionamento da instituição. Há exigências mínimas quanto à estrutura de hotelaria, incluindo recomendações quanto à alimentação oferecida. Ficam proibidas quaisquer medidas punitivas e o prontuário passa a ser um instrumento de registro obrigatório dentro destas instituições.

O serviço de atendimento deve deixar claras suas rotinas de avaliação médica (incluindo exames laboratoriais) e psicológica, assim como seu cotidiano terapêutico (horário de acordar, das refeições e de dormir, tipos de grupo oferecidos, atividades físicas, atendimentos individuais). A equipe não-médica mínima para atender até trinta pacientes deve incluir um profissional da área da saúde ou serviço social especializado (responsável pelo programa terapêutico), um coordenador administrativo e três agentes comunitários capacitados. A resolução apresenta ainda, critérios detalhados sobre a estrutura física necessária e as rotinas de fiscalização. Um passo importante para a regulamentação e valorização desse ambiente terapêutico no Brasil.

Acrescenta-se, em aditamento ao texto acima, os recentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, de acordo com o governo federal, têm valor estratégico para a Reforma

Psiquiátrica Brasileira. Para o Ministério da Saúde, é o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Sua função é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica, bem como, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS foram concebidos para serem os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Estabelece o governo que estes serviços devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico, cabendo aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Os CAPS são considerados núcleos de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Considera-se que a posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. Dessa maneira, a tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Espera-se que os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, ofereçam então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais.

A FEBRACT, juntamente com Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), Cruz Azul do Brasil, Federação Brasileira de Amor-Exigente (FEBRAE), Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) e Judeus Alcoólicos Comprometidos com Drogas e seus familiares (JACS Brasil), congregando a esmagadora maioria do que efetivamente se faz nas áreas de prevenção, tratamento e pesquisa no Brasil, concluíram, em reunião realizada em fevereiro de 2008, na cidade mineira de Caetés, que as ações governamentais e sociais existentes podem e devem ser melhoradas. Essas entidades do terceiro setor se articularam para mobilizar recursos sociais, políticos e financeiros, visando à ampliação e melhoria das condições existentes de enfrentamento ao problema das drogas em nosso país. Instituíram o Fórum Brasileiro do Terceiro Setor Sobre Drogas, instância colegiada de discussão, aperfeiçoamento e proposição permanentes, com o objetivo de garantir o acesso ao tratamento de qualidade, políticas de prevenção e de proteção social amplas e efetivas voltadas, principalmente, para os adolescentes e suas famílias, a articulação e o financiamento destas ações.

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA DIAGNOSTICAR A CODEPENDÊNCIA - DR.
WHITFIELD**

Parcial; 12 de 31 perguntas; DEIRDRE (2000)

1. Você procura conseguir aprovação e confirmação?
2. Você consegue reconhecer suas realizações pessoais?
3. Tem medo de críticas?
4. Tem necessidade de perfeição?
5. Sente-se inquieto quando sua vida está indo bem e você não para de prever problemas?
6. Tem facilidade de cuidar dos outros, mas acha difícil cuidar de si mesmo?
7. Você atrai/procura pessoas que tendem a ser compulsivas?
8. Você se apega a suas relações afetivas?
9. É difícil para você relaxar e se divertir?
10. Tem um senso exagerado de responsabilidade?
11. Tem tendência à fadiga crônica, dores e desconforto?
12. Tem dificuldade em pedir aos outros o que você quer?

ANEXO B - QUESTIONÁRIO POTTER-EFRON DE CODEPENDÊNCIA

Traduzido do Questionário Potter-Efron & Potter-Efron de Codependência (HUMBERG, 2005)

Iniciais _____ Data _____

Grau de escolaridade _____ Sexo _____

Por favor, responda as questões abaixo de acordo com sua maneira habitual de pensar e sentir. Não há respostas certas ou erradas, apenas seja o(a) mais franco(a) possível e responda todas as questões.

1. Medo

- a) Você fica preocupado(a) com os problemas dos outros, especialmente aqueles do(a) usuário(a) de drogas? () Sim () Não
- b) Você tenta manter as coisas sob controle ou manipular situações de sua vida? () Sim () Não
- c) Você faz mais do que seria sua parte ao realizar tarefas? () Sim () Não
- d) Você teme abordar os outros diretamente, especialmente o(a) usuário(a)? () Sim () Não
- e) Você frequentemente se sente ansioso(a) ou teme o que vai acontecer depois? () Sim () Não
- f) Você evita arriscar-se com as pessoas por achar difícil confiar nos outros? () Sim () Não

2. Vergonha/Culpa

- a) Você frequentemente se envergonha não somente pelo seu próprio comportamento, mas também pelo comportamento dos outros, especialmente do(a) usuário(a)? () Sim () Não
- b) Você se sente culpado(a) pelos problemas das outras pessoas da família? () Sim () Não

- c) Você se esquivava do contato social quando está chateado(a)? Sim Não
- d) Você às vezes se odeia? Sim Não
- e) Em alguns momentos você esconde seus sentimentos negativos, agindo com demasiada confiança? Sim Não

3. Desespero prolongado

- a) Você frequentemente perde a esperança em mudar a situação corrente? Sim Não
- b) Você tende a ser pessimista sobre o mundo em geral? Sim Não
- c) Você tem sensações de baixa autoestima que não refletem suas habilidades e conquistas? Sim Não

4. Raiva

- a) Você se sente persistentemente bravo com o usuário, com a família ou com você mesmo? Sim Não
- b) Você tem medo de perder o controle se ficar realmente irado(a)? Sim Não
- c) Você tem raiva de Deus? Sim Não
- d) Você já tentou se vingar dos outros de forma disfarçada, talvez mesmo sem se dar conta de estar fazendo isso no momento? Sim Não

5. Negação

- a) Você sente que está negando os problemas básicos da sua família? Sim Não
- b) Você fala para você mesmo que estes problemas não são tão graves? Sim Não
- c) Você fica procurando justificativas para o

comportamento irresponsável das outras pessoas da família? () Sim () Não

6. Rigidez

a) Você tende a pensar em termos de só pode ser “isto ou aquilo” quando existem problemas, ao invés de olhar várias alternativas? () Sim () Não

b) Você fica perturbado(a) se alguém interfere na sua rotina? () Sim () Não

c) Você é radical nas suas crenças morais? () Sim () Não

d) Você é travado com relação a certos sentimentos como culpa, amor ou ódio? () Sim () Não

7. Desenvolvimento incompleto da identidade

a) Você tem dificuldades para dizer o que quer e precisa? () Sim () Não

b) Você tende a sofrer junto com outra pessoa que esteja sofrendo? () Sim () Não

c) Você precisa ter outra pessoa por perto para se sentir valorizado? () Sim () Não

d) Você se preocupa em excesso com o que os outros acham de você? () Sim () Não

8. Confusão

a) Você se pergunta o que significa ser “normal”? () Sim () Não

b) Você às vezes acha que deve estar ficando “louco”? () Sim () Não

c) Você às vezes acha difícil identificar seus sentimentos? () Sim () Não

d) Você tem uma tendência a ser enganado(a) pelos outros – a ser ingênuo(a), crédulo(a)? () Sim () Não

e) Você tem dificuldade em tomar decisões –
é indeciso(a)?

() Sim () Não

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DOS GRUPOS FAMILIARES NAR-ANON

(folheto informativo do Nar-Anon)

VOCÊ PRECISA DE NAR-ANON?

(Questionário para pais, cônjuges, parentes e amigos de drogadictos)

Responda a estas perguntas da maneira mais honesta possível:	Sim	Não
1. Você se percebe encobrindo faltas, dando desculpas e mentindo por seu/sua filho(a)?	()	()
2. Você tem motivos para não confiar no(a) seu/sua filho(a)?	()	()
3. Está ficando cada vez mais difícil para você acreditar nas suas explicações?	()	()
4. Você fica acordado(a) se preocupando com seu/sua filho(a)?	()	()
5. Seu/sua filho(a) tem faltado muitas vezes à escola sem o seu conhecimento?	()	()
6. Seu cônjuge tem faltado ao trabalho e as contas estão se avolumando?	()	()
7. Sua poupança está desaparecendo misteriosamente?	()	()
8. As perguntas não respondidas têm causado hostilidade e estão minando seu casamento?	()	()
9. Você tem se perguntado "O que está errado?" e "É minha culpa?"	()	()
10. Suas suspeitas estão fazendo de você um detetive e você está com medo do que possa encontrar?	()	()
11. As divergências normais de família começam a se tornar hostis e violentas?	()	()
12. Você tem cancelado compromissos sociais com desculpas esfarrapadas?	()	()
13. Você está cada vez mais relutante em convidar amigos para sua casa?	()	()
14. A preocupação com seu cônjuge, filho(a) ou amigo(a) está provocando dor de cabeça, aperto no estômago e ansiedade intensa?	()	()
15. Seu cônjuge ou filho(a) fica irritado(a) com assuntos		

- menores? Sua vida parece um pesadelo? () ()
16. Você não consegue falar da situação com os amigos
ou parentes por que se sente constrangido(a)? () ()
17. Suas tentativas de controle são sempre frustradas? () ()
18. Você supercompensa e tenta não criar caso? () ()
19. Você tenta fazer com que as coisas melhorem mas
não vê resultados? () ()
20. O estilo de vida e os amigos do seu/sua filho(a) ou
cônjuge estão mudando? Passa pela sua mente que possam
estar usando droga? () ()

Se você respondeu SIM a quatro ou mais dessas perguntas, NAR-ANON pode ter as respostas que você procura.

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DOS GRUPOS CODEPENDENTES ANÔNIMOS – CoDA BRASIL

(folheto informativo do CoDA Brasil)

As perguntas a seguir servem para identificar possíveis padrões de codependência. Somos conscientes que o Autoconhecimento é um assunto muito sério e por sua vez pessoal. Esperamos que estas perguntas possam ser-lhe úteis...

- Você se sente responsável por outra pessoa? Seus sentimentos, pensamentos, necessidades, ações, escolhas, vontades, bem-estar e destino?
- Você sente ansiedade, pena e culpa quando outras pessoas têm problemas?
- Você se flagra constantemente dizendo "sim" quando quer dizer "não"?
- Você vive tentando agradar aos outros ao invés de agradar a si mesmo?
- Você vive tentando provar aos outros que é bom o suficiente? Você tem medo de errar?
- Você vive buscando desesperadamente amor e aprovação? Você sente-se inadequado?
- Você tolera abuso para não perder o amor de outras pessoas?
- Você sente vergonha da sua própria vida?
- Você tem a tendência de repetir relacionamentos destrutivos?
- Você se sente aprisionado em um relacionamento? Você tem medo de ficar só?
- Você tem medo de expressar suas emoções de maneira aberta, honesta e apropriada?
- Você acredita que se assim o fizer ninguém vai amá-lo?
- O que você sente sobre mudar o seu comportamento? O que impede-lhe de mudar?
- Você ignora os seus problemas ou finge que as circunstâncias não são tão ruins?
- Você vive ajudando as pessoas a viverem? Acredita que elas não sabem viver sem você?
- Tenta controlar eventos, situações e pessoas através da culpa, coação, ameaça, manipulação e conselhos, assegurando assim que as coisas aconteçam da maneira que você acha correta?
- Você procura manter-se ocupado para não entrar em contato com a realidade?
- Você sente que precisa fazer alguma coisa para se sentir aceito e amado pelos outros?

- Você tem dificuldade de identificar o que sente? Tem medo de entrar em contato com seus sentimentos como raiva, solidão e vergonha.