

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E LIBERDADE: A FILOSOFIA E O TRATAMENTO DA CO-DEPENDÊNCIA

CHEMICAL DEPENDENCE AND FREEDOM:
PHILOSOPHY AND TREATMENT OF THE CO-DEPENDENCE

Olavo P. Calábria^()*

RESUMO

Este artigo tem como principal objetivo identificar o significado das noções de ‘aceitação’ e ‘desligamento amoroso’, que constituem o núcleo do primeiro passo para a recuperação da co-dependência e sua íntima relação com o tratamento da dependência química. Para isto, fazemos uso de reflexões filosóficas, particularmente relacionadas ao domínio ético, tratando tanto de aspectos morais relacionados à adicção, como da autonomia e responsabilidade frente ao consumo de drogas. Tomamos como fio condutor a noção de ‘intenção’ e distinguimos os momentos da liberdade de escolha e sua efetivação, para mostrar que na maioria dos casos os membros de famílias disfuncionais continuam responsáveis por suas escolhas e comportamentos, mesmo quando estão submetidos ao comprometimento físico, emocional e espiritual resultante da drogadição.

PALAVRAS-CHAVE: Co-dependência. Dependência química. Filosofia. Liberdade.

ABSTRACT

This article has as main objective to identify the meaning of the notions of ‘acceptance’ and ‘loving detachment’ that constitute the nucleus of the first step for the recovery of the co-dependence and its intimate relationship with the treatment of the chemical dependence. For this, we make use of philosophical reflections, particularly concerned to the ethical domain, treating so much of moral aspects related to the addiction, as well as of the autonomy and responsibility front to the consumption of drugs. We took as guiding thread the notion of ‘intention’ and we distinguish the moments of the choice freedom and its realization, to show that in most of the cases the members of dysfunctional families continue responsible for their choices and behaviors, even when they are submitted to the physical, emotional and spiritual compromising resulting from the drogadiction.

KEYWORDS: *Co-dependence. Chemical dependence. Philosophy, Freedom.*

(*)Mestrado em Física pela Unicamp; mestrado em Filosofia pela Unicamp; doutorado em Filosofia na UFMG em fase de conclusão; membro da Sociedade Kant Brasileira e dos Grupos de Pesquisa “Críticismo e Semântica” e “Estética” da Anpof. E-mail: calabria@ufmg.br.

INTRODUÇÃO

Um dos principais programas de tratamento da dependência química tem cerca de 70 anos de existência e tornou-se exemplar em virtude de sua metodologia, experiência acumulada e resultados obtidos: o AA – Alcoólicos Anônimos¹. Nesse período, houve não apenas uma considerável disseminação desse programa em todo o mundo, mas também, e fundamentalmente, sua generalização e expansão para o tratamento da dependência associada a outros tipos de drogas, ilícitas ou não, além do álcool, cujos grupos receberam a denominação de NA – Narcóticos Anônimos. Do mesmo modo, eles serviram de modelo para o tratamento da dependência relacionada a qualquer comportamento obsessivo ligado a objetos de desejo, tais como jogo, bens, sexo, trabalho², que levem à adoção de um padrão de conduta não saudável ou ‘disfuncional’. Desde o início, no entanto, foi sentida a necessidade de tratar de um distúrbio que acompanha o processo da dependência e acomete os familiares e pessoas que se relacionam de modo afetivo com ele: a *co-dependência*. Os grupos destinados ao tratamento dessa doença foram denominados Al-Anon e Nar-Anon.

Apesar de serem doenças concomitantes, o desconhecimento que o conjunto da sociedade tem em relação à co-dependência é ainda muito maior que em relação à dependência. Os grupos anônimos, que não têm ligação institucional³, acabaram servindo de estímulo para as metodologias empregadas em associações, núcleos ou centros de recuperação ligados a instituições religiosas e/ou filantrópicas (geralmente compostos por voluntários) ou instituições públicas (compostas principalmente por profissionais da área médica) que, em boa parte, tornaram-se herdeiros dos procedimentos e estratégias que eles desenvolveram.

¹ Para uma história sucinta da formação do Al-Anon e Nar-Anon, vide “Memórias de Lois & Primeiros passos Al-Anon”, in *Grupos Familiares Al-Anon do Brasil*. São Paulo: Grupos Familiares, 2004 (B-7A/12A).

² Por questão de simplicidade, vamos, na seqüência, utilizar apenas a expressão ‘dependência química’, mesmo que a dependência de que tratamos possa estar relacionada também a esses outros objetos de desejo.

³ Os Grupos Anônimos consideram sua organização como uma irmandade, na qual devem ser evitados a hierarquia, o comando ou governo (Cf. GRUPOS FAMILIARES NAR-ANON DO BRASIL, 2006, 28-9). Daqui em diante, utilizaremos nas referências aos textos dos Grupos Familiares do Al-Anon e do Nar-Anon do Brasil simplesmente as expressões ‘Grupos Al-Anon’ ou ‘Grupos Nar-Anon’.

Assim, mesmo que o adicto não queira se tratar, descobriu-se que é fundamental estender o tratamento, que parecia dever centrar-se apenas na figura do dependente, aos que têm forte ligação emocional com ele. A recuperação dessas pessoas traz grandes benefícios sociais, pois, para cada dependente químico, vários familiares ou amigos costumam ser afetados. Por causa de sua dimensão e desconhecimento, queremos dar atenção especial ao processo de tratamento dos co-dependentes.

Um dos obstáculos mais comuns enfrentados por quem busca seguir a metodologia desenvolvida pelos grupos anônimos diz respeito ao que é sugerido no *primeiro passo* a ser dado no tratamento, assim como aos desdobramentos práticos que ele exige, a saber, a *aceitação com desligamento amoroso*. A dificuldade de compreender o que são e como se articulam os diversos elementos presentes nessas noções nada óbvias, levam muitos dependentes e co-dependentes a gastarem um tempo demasiadamente longo para implementá-las – sentindo-se incapazes de avançar, acabam abandonando o tratamento e voltando ainda mais debilitados à situação inicial. Como as idéias centrais envolvidas nessa sugestão estão diretamente ligadas a noções tradicionalmente tratadas pela filosofia, ao aproximarmos a reflexão filosófica da metodologia de tratamento, podemos esclarecer os efetivos sentidos de suas sugestões. Mas a reflexão filosófica também tem o que ganhar com essa aproximação, não só pela avaliação do alcance de suas concepções, como também pelo estímulo à formulação de novos pontos de vista. Ao utilizarmos o instrumental filosófico, em particular aquele relacionado ao domínio da conduta e da moral, podemos identificar nas noções-chave de ‘aceitação’ e ‘desligamento amoroso’ o essencial de seus sentidos próprios, desfazer confusões frequentes e aprofundar sua compreensão. Com isso procuramos também despertar a atenção daqueles que nem sequer suspeitam que sua família⁴ está doente e auxiliar os que já descobriram sua doença a avançarem na fase inicial do difícil processo de recuperação.

Antes de prosseguir, é preciso frisar que, apesar do preconceito tão comum de encarar a dependência química como se fosse causada por desvios éticos – ‘falta de vergonha’, ‘preguiça’, ‘vagabundagem’, ‘falta de força de vontade’ e coisas semelhantes – ela é atualmente reconhecida como uma doença,

⁴ Para a caracterização a dependência e co-dependência como doenças da família, pode ser consultado GRUPOS NAR-ANON, 2007b.

inclusive pela Organização Mundial de Saúde⁵ (GRUPOS AL-ANON, 2004). Assim como a diabetes⁶, por exemplo, tanto a dependência química como a co-dependência não devem e nem podem ser atribuídas a aspectos morais. Não obstante estarmos de acordo com isso, iremos destacar que aspectos morais estão, sim, envolvidos nos processos daquelas doenças, *não como suas causas*, mas tanto como suas *conseqüências*, quanto como um elemento decisivo para a *recuperação*.

ACEITAÇÃO

A sugestão da *aceitação* constitui o ponto central do primeiro dos doze passos desenvolvidos pela metodologia de tratamento Nar-Anon – “Admitimos que éramos impotentes perante o adicto – que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis[...]” (GRUPOS AL-ANON, 2004, p.4) –, cuja conseqüência prática corresponde ao *desligamento amoroso*, que nada mais é que a transposição da aceitação para o domínio da conduta diária.

Sugerir ao co-dependente que inicie seu tratamento mediante a aceitação com desligamento amoroso dá, à primeira vista, a impressão de que lhe falta tanto a *aceitação*, quanto o *desligamento* e o *amor*. Embora a ausência dos dois primeiros seja até admissível com relativa facilidade, no que diz respeito ao amor, um forte sentimento de culpa costuma acompanhar a idéia de que ele falte. Mas, embora a ausência da aceitação e do desligamento sejam características marcantes durante o desenvolvimento e a consolidação das doenças, percebe-se que o amor está sempre presente, ainda que, em geral, se manifeste de modo inadequado.⁷

A reação mais comum que os co-dependentes costumam ter quando lhes é sugerido que admita ser incapaz de afastar da dependência a pessoa à qual está ligado por uma forte afeição, é de surpresa, seguida de indignação e revolta. “Afim”, eles costumam imaginar, “como poderia me conformar com a destruição da vida de quem amo? Como posso abdicar de ajudá-lo? Como

⁵ Nesse sentido, consulte também http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

⁶ Para uma analogia, neste aspecto, da dependência e co-dependência com a diabetes, vide “Grupos Nar-Anon”, 2007b.

⁷ A abordagem relacionada à noção de ‘amor’ presente na metodologia de tratamento dos grupos anônimos é objeto de outro artigo nosso.

ser conivente com um comportamento equivocado e irresponsável de alguém que quero bem e tenho a obrigação de orientar?!”.

O familiar ou amigo do adicto considera impensável deixar de tentar impedir que ele faça uso de drogas, impensável abandonar seus constantes cuidados e socorros em relação a ele, impensável deixar de lhe dizer, em toda oportunidade que tiver, o que ele deveria fazer ou deixar de fazer. Afinal, está acostumado a pensar que sem sua intervenção, o adicto entraria numa vertiginosa crise de aprofundamento de sua doença, com conseqüente piora de sua condição de vida em todos os sentidos, numa breve trajetória rumo ao colapso, materializado nas figuras da internação, prisão ou morte. E isso pode até mesmo se dar em alguns casos, porém, é justamente *o contrário que de fato costuma acontecer*. Essa é uma surpreendente, mas preciosa, lição do programa dos grupos anônimos, que adiante será um dos principais objetos de nossas considerações.

Na sua perspectiva, o co-dependente consegue ver que o adicto está doente, que sua vida está descontrolada, que ele pensa que sabe o que está fazendo, mas não sabe. Vê também que o adicto acredita que pode ter controle sobre a droga, mas que está enganado. Vê ainda que o adicto acostumou-se a assumir menos responsabilidades do que deveria. No entanto, acontece que podemos considerar que também o co-dependente está doente, que sua vida também está descontrolada, que também ele pensa que sabe o que está fazendo, mas não sabe! Ele acredita que pode ter controle sobre o adicto, mas também está enganado. E mais: o co-dependente acostumou-se a assumir *mais* responsabilidades do que deveria. Assim, tanto o dependente como o co-dependente – um por estar demasiadamente ligado à droga, outro por estar demasiadamente ligado ao adicto – deixaram de prestar atenção e de cuidar suficientemente de si mesmos. São como as duas faces de uma moeda.

A situação é, em geral, muito delicada, e nela há muita coisa importante envolvida, pedindo, com freqüência, uma intervenção urgente. Porém, se retiramos o foco que em comum só é depositado sobre o dependente e o transferirmos em boa parte para observar o que ocorre com o co-dependente, é possível mostrar que, mesmo quando o dependente recusa a se submeter ao tratamento, as transformações alcançadas pelo co-dependente já contribuem sobremaneira para a recuperação também do adicto (GRUPOS AL-ANON, 2003, p. 31). E isso não deveria nos surpreender. Afinal, dependente

e co-dependentes, de modo geral, compartilham intensamente um mesmo ambiente, num relacionamento com grande carga afetiva. Como suas vidas estão muito ligadas, o que acontece com um acaba inevitavelmente afetando ao outro. Desse modo, se o co-dependente der o primeiro passo e se inserir no tratamento, as alterações que seu comportamento sofrerá, darão ensejo a diversas crises no relacionamento doentio habitual, que passará a exigir uma recomposição das condutas, criando condições mais favoráveis à recuperação de todos⁸.

Mas, então, o que devemos entender por “aceitar”? E aceitar o quê? Será que, como é costume imaginar, aceitar significa *conformar-se* com a situação e *abdicar* de ajudar, resignando-se em ser conivente com a dependência? Se fosse isso, se aceitar implicasse em *abandonar* a vontade de mudar e em *assumir a derrota* em relação à doença, se significasse *ficar indiferente* ao que se passa com a pessoa que se ama, aí sim, o espanto, a indignação e a revolta seriam as reações mais indicadas e até mesmo obrigatórias. No entanto, não é esse o caso, o ‘aceitar’ aqui não significa nada disso. Mesmo assim, o simples fato de parecer significar acaba complicando a situação e provocando muitas dúvidas e perdas. Aceitar não implica em deixar de desejar a recuperação, deixar de ter esperança, deixar de cuidar de quem se ama ou deixar de *fazer a própria parte*. A *própria parte*: logo veremos que esse também é um ponto fundamental. Do mesmo modo, é preciso perceber que aceitar não significa *concordar* com o que o adicto faz ou deixa de fazer, nem *contribuir* com a drogadição. Mas por quê?

Porque ‘aceitar’ tem aqui o sentido de reconhecer que se deve abster de interferir em domínios que *extrapolem os limites de nossa autoridade*, ou seja, é a admissão da necessidade de reconhecer o que é de competência de cada um. Desse modo, somos remetidos diretamente ao problema da liberdade humana, em particular, o da determinação de seus limites. O cerne da questão passa a ser: como distinguir satisfatoriamente, dentro do amplo campo de possibilidades em que temos a capacidade de interferir, o domínio no qual temos autoridade de agir, daquele no qual devemos nos abster de interferir? É claro que esse reconhecimento exige um recuo em relação ao comportamento anterior, mas nem por isso significa assumir uma postura de indiferença ou re-

⁸ O principal objetivo não pode, no entanto, deixar de ser a própria recuperação, pois qualquer um que decidisse se tratar *para que o outro* se cure, apenas estaria disfarçando o mesmo comportamento doentio.

signação. É fundamentalmente uma questão de graduação e não de ruptura.

Alguns exemplos do que costuma acontecer nos relacionamentos entre dependente e co-dependentes pode nos ajudar nessa determinação. É bastante comum que o co-dependente tente esconder dos parentes, amigos, conhecidos ou colegas de trabalho as atitudes inconvenientes que ‘seu’ adicto teve devido ao consumo de drogas, e busque reparar, por sua conta, os erros cometidos por ele. O co-dependente vê isso como se fosse uma obrigação sua. Se o adicto, repetidas vezes, perde algo como chaves, dinheiro ou outro bem, o co-dependente logo providencia a substituição de tudo; quando bate o carro, danifica algum bem ou contrai dívidas, ele logo se mobiliza para cobrir os prejuízos e pagar as contas; quando falta a um compromisso por esquecimento ou pelo desgaste ocasionado pela drogadição, ele dispõe-se a mentir para encobrir o fato e evitar conseqüentes perdas, e assim por diante:

Os familiares de alcoólicos são afetados pela doença do alcoolismo: enquanto a obsessão do alcoólico é pela bebida, a obsessão da família é controlar essa bebida. Essa obsessão leva as pessoas próximas ao alcoólico a ficarem ansiosas, sentirem raiva, alimentarem sentimentos de culpa, esconderem a situação e se tornarem sozinhas e frustradas. (GRUPOS AL-ANON, 2004).

Embora o co-dependente até tenha a *capacidade* de resolver tais problemas causados pelo adicto, tal autoridade realmente não é sua, e quando ele toma a atitude de interferir no sentido de evitar que o adicto tenha perdas, isso se transforma num estímulo às condutas disfuncionais e ao aprofundamento dessa doença familiar. Nesse caso, a atitude co-dependente é designada por *facilitação*. (GRUPOS AL-ANON, 2007a, p. 8). A facilitação consiste em tomar para si o que é de responsabilidade de outra pessoa, contribuindo para que tal pessoa deixe de assumir a parte que lhe compete. Trata-se de uma conduta que proporciona condições para que alguém deixe de fazer o que deve e vá se acostumando com isso, a ponto de todos acabarem agindo como se *devesse mesmo ser assim*. Nesse caso, não abster-se de interferir para impedir que o adicto sofra as conseqüências de que é responsável, somente contribui para a manutenção e aprofundamento dos problemas. Daí por que o programa de tratamento dos grupos Nar-Anon sustenta que “Cada pessoa precisa assumir seus problemas e responsabilidades. Enquanto nós assumimos as tarefas

daqueles que amamos, eles se sentirão livres para fazer coisas sem ter que enfrentar as conseqüências”. (2007a, p. 22).

A manipulação, ainda segundo os grupos Nar-Anon, é outro mecanismo bastante comum no relacionamento entre dependente e co-dependente, o que, mais uma vez, expressa o desrespeito aos domínios de autoridade do outro (2007a, p. 15). Por exemplo, quando o adicto pede ao co-dependente que lhe conceda um favor, um presente ou um bem, ele costuma usar uma série de expedientes emocionais, como modo de induzir a concessão. Por seu lado, o co-dependente costuma conceder o que lhe foi pedido, mesmo se anteriormente tais ajudas tenham sido repetidas vezes usadas para o dependente se comprometer ainda mais com a dependência. Isso se dá porque o co-dependente espera induzir o adicto a assumir a conduta que deseja e, assim, sentir-se bem por ter feito algo que lhe parece ser de sua obrigação. Nesse comportamento não saudável, ambos assumem atitudes inadequadas por extrapolarem sistematicamente os limites de suas autoridades, com conseqüente desajuste em relação à responsabilidade de cada um, o que os conduz a reforçar uma doença que tem conseqüências tão desastrosas.

LIBERDADE

Em suma, a aceitação é o reconhecimento do que compete à *própria* parte, assim como à parte *alheia*, ou seja, é a tomada de consciência da *liberdade individual* em suas propriedades e desdobramentos. Afinal, a quem cabe, em última instância, a *decisão* de continuar ou não a usar drogas? A quem cabe a decisão de mudar ou não as *próprias* atitudes? A quem cabe a responsabilidade pelos próprios atos e por suas conseqüências?

Para evitar mal-entendidos, é preciso dizer que estamos cientes de que a maioria das drogas é ilícita e que a dependência deve ser evitada. Nossa reflexão aqui sobre os processos de adoecimento e de recuperação consiste numa abordagem que não é jurídica e não se funda na legalidade, mas é filosófica e diz respeito à noção de *liberdade*. Sugerir a aceitação, como a compreendemos, não implica que o co-dependente passaria a cuidar *apenas* de si e que ficaria imobilizado perante o adicto, ficando impedido de tomar decisões e de assumir atitudes que se oponham à dependência. Pelo contrário, a aceitação, que busca reduzir a interferência no domínio que compete ao adicto, é

acompanhada por um acréscimo substancial da interferência no domínio que foi descuidado e concerne ao *próprio* comportamento, o que traz benefícios a todos os envolvidos: “Nosso programa aponta e reconhece a necessidade da liberdade em nossas escolhas, para que todo o processo de crescimento possa acontecer. [...] Em cada opção está embutida a responsabilidade por suas conseqüências, o decorrente aprendizado e as possíveis mudanças. Se não temos a chave de fazer nossas próprias decisões, perdemos a oportunidade de crescer” (GRUPOS AL-ANON, 2006, p. 28).

O programa de tratamento dos grupos Nar-Anon considera que só que podemos controlar a nós mesmos (2007a, p.5) e, se pensarmos bem, veremos que muitas vezes nem isso conseguimos. O nosso autocontrole é, de fato, algo que nos é costumeiramente desafiado com grandes dificuldades. Que absurdo, então, alguém querer controlar outra pessoa, tendo perdido o controle sobre si mesma! Aqui se mostra uma das dimensões morais que dissemos estar envolvida no tratamento: a necessidade de buscar conhecer-se melhor e ter a honestidade de admitir para si e para os outros que e quando assumiu um comportamento inadequado (2007a, p. 15).

O conceito de liberdade que subjaz à metodologia dos grupos anônimos está em claro desacordo com uma noção necessitarista, segundo a qual somente é possível fazer o que efetivamente se faz⁹. É condição necessária para que o programa faça sentido que se considere o agente como tendo a capacidade efetiva de tomar decisões e de fazer o contrário do que faz. É fundamental atribuir-lhe a habilidade de determinar a própria conduta, mesmo sob a influência de condições externas¹⁰, e isso significa que a liberdade é tomada no sentido de autodeterminação¹¹.

Mesmo assim, seria possível ponderar que não basta postular a autodeterminação de um agente livre, pois, de fato, as decisões nunca se relacionam exclusivamente a seu poder individual, mas sempre haverá circunstâncias que impõem certos limites ao campo de possibilidades de escolha e, em particular, nesse caso, que envolve um comportamento obsessivo, além das múltiplas

⁹ Esta concepção é tipicamente sustentada por Thomas Hobbes em “Of Liberty and Necessity” (1654) (*apud* KIM, J. & SOSA, E., 1995, 176-8)

¹⁰ Talvez esta autodeterminação possa ser negada apenas ao agente cuja doença alcançou um tal nível de deterioração das capacidades cognitivas e volitivas, que, de fato, comprometeram a liberdade de escolher e fazer o contrário do que se faz. Adiante, voltamos a isso, embora neste ensaio não tenhamos condições de tratar este ponto de modo detalhado.

¹¹ Para uma exposição sucinta da noção de ‘autodeterminação’ consulte *Op. Cit.*, 178-8.

influências do meio que atraem ou repelem as decisões com intensidade bastante variável. O mais importante aqui não parece ser, então, assumir se o agente livre é sempre capaz de autodeterminação ou se é possível que existam determinações heterônomas de sua vontade, mas sim, de que modo as chances de fazer escolhas autônomas são afetadas pela dependência e pela co-dependência. Afinal, para que haja autonomia, é fundamental que o agente seja capaz de refletir e avaliar, com discernimento, seu próprio comportamento.

Acontece que, mesmo tendo um espectro mais ou menos amplo de possibilidades a escolher, as condições podem não ser suficientes para proporcionar boas chances de recuperação e, às vezes, nem sequer para que o tratamento tenha início. Além disso, mesmo que se possa imputar ao adicto a responsabilidade de ter adicionado à sua vida algo que acabou tornando-o dependente, como também ao co-dependente a de ter se tornado obsessivo em relação ao adicto, a mesma imputação nem sempre pode lhes ser depois creditada quanto à recuperação. O grau de dificuldade varia em cada caso e não há garantia de que o discernimento não tenha sido afetado de modo comprometedor.

O programa dos grupos anônimos parece permitir uma solução para esse problema, quando tratam, de modo distinto, duas etapas presentes no processo de tratamento: uma primeira, que concerne mais à liberdade de *escolher* e compreende a simples tomada de *decisão* em relação a mudar ou não os próprios hábitos e outra, que concerne à liberdade de *fazer* e envolve as *atitudes* que devem ser tomadas no dia-a-dia do processo de tratamento.

A liberdade de *escolha* somente poderia ser negada a quem apresentasse uma deficiência ou incapacidade tal que a tornasse incapaz de tomar decisões. Embora essa liberdade de escolha não deixe de receber influências externas, como as provenientes das experiências de vida, do perfil sócio-cultural, da condição econômica, ela está situada essencialmente no domínio *individual*. Já a liberdade de *fazer* está relacionada, de modo muito mais forte, a circunstâncias externas, e é isso que explica por que é tão necessária a ajuda e acompanhamento de outras pessoas durante o processo de tratamento.

Felizmente, tanto a liberdade de escolher como a de fazer, da grande maioria das pessoas afetadas pela dependência ou pela co-dependência, não são comprometidas de modo significativo, pois, apesar do quadro de forte comprometimento emocional, físico e/ou espiritual, em geral, há lucidez e discernimento bastantes para permitir que decisões e atitudes como as su-

geridas pelos grupos anônimos sejam tomadas e seguidas. Esse não é o caso apenas para uma reduzida parcela de casos extremos. Aqui nosso interesse está voltado somente ao primeiro caso, no qual está situada a grande maioria dos doentes. As decisões relativas ao segundo caso, quando pode não haver condições de tomada de decisão por parte do doente, nem tempo hábil para evitar grandes danos exorbitantes, precisam ser tomadas à revelia da própria vontade do adicto e, por isso, exige extremo cuidado, o que não permite que façamos, nesse contexto, uma discussão satisfatória.

Como o co-dependente costuma avaliar que o adicto se encontra no segundo caso, isso reforça sua postura equivocada de interferência excessiva nas decisões dele. Porém, a experiência mostra que, na maioria das vezes, de fato, o caso não é o extremo. Assim, o acesso ainda precário à informação sobre tais doenças e seu tratamento, aliado ao forte preconceito que envolve o tema, são fortes obstáculos à recuperação de boa parte das famílias e causa de desperdício, com freqüência, de boas chances de tratamento nas fases iniciais.

DESLIGAMENTO AMOROSO

Depois de ter abordado a noção de ‘aceitação’ e identificado o núcleo central de seu sentido, fica mais simples tratar do *desligamento amoroso*, já que boa parte das noções nele presentes é tributária da discussão anterior. Isso porque o desligamento diz respeito à *implementação* do primeiro passo na conduta diária, isto é, consiste no modo como aquilo que foi conceitualmente preconizado na aceitação pode desdobrar-se em atitudes e ações que substituirão as atitudes doentias da *facilitação*. Assim como o desligamento é o modo de conduta que corresponde à *aceitação* de limites de interferência, a *facilitação* é o modo de conduta que corresponde à escolha oposta, ou seja, à *negação* de tais limites. (BEATTIE, M., 2005, 219-20).

Do mesmo modo que a aceitação não consiste em conformar-se com a situação do jeito que está, nem abandonar o adicto ou abdicar de ajudá-lo, o desligamento também não representa uma atitude de distanciamento *radical*, nem uma postura de *rompimento* ou *isolamento*. “O desligamento não é complacente nem cruel” (GRUPOS NAR-ANON, 2003, p.). Ele é essencialmente uma atitude de distanciamento *moderado*, de afastar-se *sem ruptura*, de recolher-se *sem isolamento*.

O desligamento consiste numa diminuição da excessiva ligação que o co-dependente tem para com o adicto, com um conseqüente aumento da ligação consigo mesmo que se tornara insuficiente. Isso acaba trazendo muito mais benefícios que prejuízos, pois essa recomposição de conduta traz, por um lado, uma melhora significativa nas condições emocionais, físicas e espirituais do co-dependente, que passa a dar o exemplo de como cuidar de si de modo saudável e de como ter maior controle sobre as próprias atitudes e, por outro lado, abre espaço para que o adicto encontre melhores oportunidades de também aprender a se cuidar, visto que agora vai precisar esforçar-se mais para resolver seus próprios problemas. Essa é a dimensão do cuidado de si.

Com o desligamento, a família como um todo potencializa sua capacidade de perceber e compreender as situações de modo mais realista, tendendo a um relacionamento mais equilibrado e eficiente¹², o que permite enfrentar as crises¹³ e os problemas que surgem naturalmente sem ser preciso forçá-los¹⁴. Essa mudança diz respeito à outra dimensão do cuidado: o cuidar do outro.

Sabemos que não basta *escolher* mudar de comportamento para que tal *se realize*. Portanto, embora a recuperação *só possa ter início* à medida que se tome a decisão de mudar de comportamento, de atitudes e de hábitos, o *processo efetivo* de mudança exige um esforço adicional que, em geral, é bem maior.

Há dois momentos cruciais na vida de um familiar de dependente químico. O primeiro é a decisão de buscar ajuda, pois [o familiar] começa a reconhecer que ele sozinho já não consegue mais controlar o incontrolável. O segundo é uma atitude: chegar a uma sala de Nar-anon. Até aqui, então, tudo dependia apenas dele; agora também depende de quem se propôs a prestar serviço no acolhimento desse que sofre e, por sofrer, pede socorro” (GRUPOS NAR-ANON, 2006, 13).

¹² Muitas destas mudanças positivas são representadas por alguns dos *Doze Lemas do Nar-Anon* como: ‘Viva e deixe viver’, ‘Que comece por mim’, ‘Um dia de cada vez’, ‘Primeiro as primeiras coisas’, ‘Até que ponto isto é importante?’, ‘Mantenha a mente aberta’, ‘Vá com calma’ (GRUPOS AL-ANON, 1995, p. 75-86 e 2007a, viii).

¹³ Utilizamos aqui o termo ‘crise’, não apenas em seu sentido mais comum de ‘alteração violenta’ ou ‘fase perigosa, incerta’ como também, e *a fortiori*, no seu sentido original () de ‘transformação decisiva’ ou de ‘ponto de transição’.

¹⁴ Outra característica comum da co-dependência é provocar situações de crises, na tentativa de forçar o adicto a mudar devido à pressão dos conflitos que aparecem. É apenas mais um tipo de intervenção inadequada.

Não estando mais situado fundamentalmente no domínio da individualidade e autodeterminação, o desligamento quase nunca pode prescindir da ajuda e do apoio de outras pessoas. Como é um processo relativamente longo, que envolve muito sofrimento e exige obstinação, é muito difícil alcançar a recuperação sem ajuda alheia. Se para dar o primeiro passo basta a capacidade pessoal de tomar decisões, para colocar-se no processo de tratamento que lhe segue é fundamental, ao contrário, dispor-se a receber ajuda: “O desligamento não chega de forma fácil ou rápida. A maioria dos membros Nar-Anon apresenta um progresso mais marcante, quando comparecem às reuniões com assiduidade e fazem sua programação acompanhados por um padrinho” (GRUPOS NAR-ANON, 2003). Eis mais uma dimensão do cuidado: o deixar-se cuidar. O sucesso da recuperação está intimamente relacionado à disposição do doente em reconhecer que precisa de ajuda e de aceitá-la com humildade, tanto a oferecida pelos grupos de recuperação, como, e sobretudo, pela que deve existir no convívio com familiares e amigos.

A dependência química ou a co-dependência pode entrar na vida de uma pessoa pela porta da frente, pela dos fundos, pela janela da cozinha, e assim por diante. O fato é que, com o tempo, ela vai se instalando, vai participando de sua vida de modo cada vez mais amplo e profundo. O doente passa a conviver com ela quando vai ao trabalho, nos momentos de lazer, à mesa, no banheiro, no quarto. O hábito passa a interferir nos seus desejos, expectativas, inclinações, vai alterando a percepção, o cuidado, o humor, o amor... Parece que cada um de nós tem maiores ou menores tendências para adquirir tais doenças e ninguém pode escolher se nasce ou não com a predisposição de adquiri-la. Um dos doze lemas do Al-Anon afirma que “A não ser pela graça de Deus”¹⁵, podia ser eu (GRUPOS AL-ANON, 2005, 18). Daí por que um hábito não pode ser posto para fora da vida de alguém sem mais nem menos ou de uma vez só. Ele não foi recebido assim. Ele não se instalou assim. Não basta escolher que ele vá embora para que ele vá. É preciso forte e constante determinação, o que bem pode exigir esforço pelo resto da vida. Mas o hábito também não nasceu aí. Provavelmente seja inata, no máximo, a *predisposição* que cada um de nós tem em acolhê-lo, e é exatamente por isso que também sempre é possível dele se livrar.

¹⁵ Apesar dos grupos anônimos considerarem a dimensão espiritual como indispensável ao tratamento, seu programa não escolhe nem rejeita qualquer religião ou crença específica, aceitando que cada pessoa considere Deus tal *como o concebe*, por vezes designado por ‘Poder Superior’ (CF. GRUPOS NAR-ANON, 2004, 6 e ss.; *Idem*, 2006, 178).

A dependência pode ser o resultado da exposição de uma pessoa a determinado objeto de desejo que exerce uma forte atração sobre ela, devido ao fato de sua índole ter justamente uma predisposição a ser assim atraída. A co-dependência, guardadas as devidas particularidades, também é assim. Ninguém escolhe sua predisposição, ninguém interfere em sua índole, assim como ninguém escolhe o que deseja ou deixa de desejar. A predisposição é involuntária e nisso distingue-se radicalmente da vontade e da *disposição* de caráter. Aristóteles tratou essa questão de modo exemplar quando propôs a educação do caráter mediante o estímulo às coisas de que naturalmente temos pouca atração, assim como a contenção às quais temos demasiada. É a ética da moderação, do meio termo, a ética que identifica a virtude com a justa medida entre os vícios por excesso de desejo ou pela sua carência (ARISTÓTELES, 1987, 1106 *b* - 1107 *a*). Educar o caráter significa pautar o comportamento no repetido estímulo ao que se carece e à contenção do que se excede, fortalecendo cada vez mais o hábito da virtude, que resulta numa sedimentada *disposição* à moderação. (1114 *a* - 1115 *a*).

Certamente, é por também assumir a suposição de que temos uma certa índole predeterminada, que os grupos anônimos sustentam que ninguém é *culpado* pela dependência química ou pela co-dependência de outra pessoa, e nem mesmo pela própria. Suas causas estão situadas no domínio involuntário da predisposição e do desejo e, portanto, não podem ser imputadas seja ao dependente, seja ao co-dependente. Não obstante, vimos que, em relação ao processo de tratamento, a situação é diametralmente oposta. Cabe, assim, a necessidade de afastar uma das características mais comuns da doença: o engano comum de procurar *culpados* ao invés de identificar *responsabilidades*. (GRUPOS NAR-ANON, 2007a, p. 27).

Procurar culpados privilegia o passado e mobiliza as pessoas no sentido da punição, enquanto que identificar responsabilidades aponta para o futuro e mobiliza as pessoas para o perdão, de si e do outro, assim como para a mudança de hábitos, bem próximo ao que ensina Aristóteles em sua proposta de educação do caráter. Apontar culpados não contribui para a superação do problema e consiste somente em tentar imputar o inimputável. Já a atitude de assumir e atribuir responsabilidades, mediante a identificação dos contornos adequados da liberdade individual, é decisiva para a recuperação.

O programa dos Grupos Nar-Anon (2004, p.5) ensina que o co-depen-

Olavo P. Calábria

dente não *causou*, não é capaz de *controlar*, nem pode *curar* a dependência de outra pessoa. No entanto, apesar de também não ser *culpado* pela própria doença, é dele a escolha de fazer o contrário do que faz, assim como a responsabilidade em se comprometer com a mudança de seus hábitos de conduta, pois a única pessoa que cada um tem chance de controlar é a si mesma (2007a, p. 7).

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES [1987]. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Os Pensadores).

BEATTIE, Melody. *Co-dependência nunca mais*. Tradução de Marília Braga. 9 ed. Rio de Janeiro: 2005.

GRUPOS FAMILIARES AL-ANON DO BRASIL. *Como posso ajudar meus filhos?* São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 2005. (P-9)

_____. *Há esperança!* São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 2004. (Folheto de divulgação D-1).

_____. *Alcoolismo, a Doença da Família*. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 2003. (P-4).

_____. *Como o Al-Anon funciona para familiares e amigos de alcoólicos*. São Paulo: Grupos Familiares Al-Anon do Brasil, 1995. (B-22).

GRUPOS FAMILIARES NAR-ANON DO BRASIL [2007a]. *Trinta e um dias no Nar-Anon*. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil. (B-6).

_____. *Se você sofre pelo uso de drogas de um familiar ou amigo compartilhe conosco* (Folheto de divulgação D-1). Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2007b. (D-1)

_____. *Nar-Anon, Um Programa Espiritual*. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2006. (B-5)

_____. *Programa dos Doze Passos Nar-Anon*. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2004. (B-2)

_____. *Desligamento: A chave da Sobrevivência*. Rio de Janeiro: Grupos Familiares Nar-Anon do Brasil, 2003. (Folheto de divulgação A-13)

KIM, Jaegwon & SOSA, Ernest (Eds.) *A Companion to Metaphysics*. Oxford: Blackwell, 1995.