



APOSTILA ABSTEMIOLÓGICA

INTRODUÇÃO À ABSTEMIOLOGIA

PÉRICLES ZIEMMERMANN
2021

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO ÀS TEORIAS ABSTEMIOLÓGICAS	03
1.1	Teoria poliédrica da adicção	03
1.2	Teoria da gênese da abstinência	08
1.3	Teoria do deadline da adicção e da abstinência.....	12
2	INTRODUÇÃO AOS PRINCÍPIOS ABSTEMIOLÓGICOS	18
2.1	Princípio da porta aberta	18
2.2	Princípio da assunção	18
2.3	Princípio da autorrestrição protetiva.....	19
2.4	Princípio da descrença limitada ou mitigada	19
2.5	Princípio da insustentabilidade de condições de vida <i>ceteris paribus</i> com abstinência.....	20
3	INTRODUÇÃO AOS MODELOS DE ABSTINÊNCIA	21
3.1	Dissidência abstêmia	21
3.2	Abstinência endógena e abstinência exógena	22
4	INTRODUÇÃO AOS ITINERÁRIOS ABSTEMIOLÓGICOS	27
4.1	Apresentação dos 16 (dezesseis) vértices da escada abstêmia	27
5	INTRODUÇÃO ÀS ABSTEMIOPATIAS.....	32
5.1	Introdução às síndromes abstêmias	32
5.2	Síndrome abstêmia da torre de babel	34
	REFERÊNCIAS.....	39
	SOBRE O AUTOR	42



INTRODUÇÃO ÀS TEORIAS ABSTEMIOLÓGICAS

TEORIA POLIÉDRICA DA ADICÇÃO

Para a compreensão do que seja adicção optamos por uma **TEORIA POLIÉDRICA DA ADICÇÃO**¹. Explico. A adicção pode ser analisada sob diversos ângulos como se fossem as faces de um diamante ou os diversos lados de algum poliedro. Assim, quando focamos na adicção, sob o ponto de vista dos efeitos da drogadição no corpo humano, teremos o estudo apenas de um dos lados desse poliedro, qual seja o lado físico, bioquímico ou médico. Entretanto, não nos parece que a adicção tenha apenas esse viés. Ao que tudo indica, a adicção deve ser analisada através de diversas outras facetas. Para exemplificar, podemos analisar a adicção através dos seguintes métodos:

- **Análise médica ou análise da adicção como doença:** tenta explicar a adicção como doença através dos efeitos da drogas/álcool no corpo humano e como se desenvolve biologicamente a adicção em algumas pessoas, e em outras não. Define-se a adicção como doença e que precisa de tratamento. Aqui surgem as formas de “curar” a adicção através de medicamentos, procedimentos clínicos (desintoxicação, eletroestimulação), remédios miraculosos e que ainda não foram autorizados pelos órgãos públicos de controle, entre outros.
- **Análise social:** aqui a adicção é explicada através de estudos sociais, por exemplo: existem drogas de ricos e drogas de pobres, o uso de drogas/álcool na população infanto-juvenil, o uso de drogas/álcool na terceira idade ou a associação do uso de drogas/álcool com determinadas profissões. Nessa área, surgem as teorias de que as pessoas de classes subalternas estão mais suscetíveis a drogadição que aqueles das classes superiores ou de que

¹ Adaptação do fenômeno poliédrico apresentado pelo italiano Alberto Asquini (1889-1972).

existem drogas mais sociáveis. Todo esse estudo da drogadição – e muito mais – se baseia em critérios sociais, econômicos, etários, antropológicos ou políticos.

- **Análise histórica ou cultural:** nesse método de estudo da adicção se leva em consideração dados e informações históricas. Aqui, discute-se a drogadição baseada na origem das drogas e do álcool na humanidade e o desenvolvimento da cultura de cada povo associada a esse uso.

- **Análise religiosa:** estudo de que o motivo que levou a pessoa a drogadição foi à ausência de “Deus no coração”. Para essa forma de abordagem da adicção surgem comunidades terapêuticas, depoimentos de “cura miraculosa” da adicção, formas rezar e pedir a abstinência, entre outros. Não se pode negar que muitas pessoas deixam de utilizar drogas/álcool através desse método. O fator extrafísico existe e deve ser levado em consideração, mas será que Deus tem alguma coisa haver com isso, ou não, é uma discussão desnecessária.

- **Análise psicológica:** utiliza-se de teorias psicológicas para explicar a adicção, tais como: a psicanálise ou a terapia cognitivo-comportamental. Modernamente, entende-se a adicção como sendo um comportamento apreendido. É comum que outras ciências tentem aplicar seus métodos aos adictos e ao processo de adicção. Para se estudar o processo de adicção em sua estrutura básica, buscam-se soluções “importadas” de diversas ciências.

- **Análise temporal ou cronológica:** é o estudo da drogadição e do adicto durante a evolução progressiva do uso. Por exemplo, o período de mero uso recreacional e esporádico de drogas/álcool, posteriormente, o uso abuso crescente e abusivo e, por último, a eclosão do vício de drogas/álcool.

- **Análise moral:** é a definição de adicção como sendo a manifestação de defeitos de caráter de modo que, apenas, aqueles que têm caráter fraco é que tornam adictos. Essa forma de analisar a adicção é a que predomina, em

ampla maioria, na sociedade brasileira.

- **Análise conscienciológica:** a adicção deriva do núcleo duro do orgulho, da teimosia e da arrogância. Esses três elementos formam o centro de onde emana todo o processo de adicção. Esse núcleo é de onde emanam todos os atos de drogadição, de exagero, de autossuficiência e de excesso que caracterizam o processo de adicção.

Esse estudo **NÃO** optou em dar uma nova visão sobre o processo de adicção. Por outro lado, a proposta que será apresentada consiste em entender, desenvolver e compreender as diversas formas de como podemos resolver o problema da adicção. Nesse sentido, surge o estudo do modo de romper com o processo de adicção. Então, não é mais a adicção que interessa, mas o modo de como será possível superar tal processo. Assim, não interessa “o que é”, “porquê” ou “como” se desenvolveu a adicção. Por sua vez, o objeto a ser analisado será a sobriedade e o processo de se obter a abstinência. Para tanto, vamos nos aprofundar na **ANÁLISE ESTRUTURAL ou MODELO ABSTINENTE-ABSTINÊNCIA-SOBRIEDADE (Modelo A-A-S)²** que tem por escopo o processo de abstinência. Assim, o corte para estudo epistemológico se faz em outro ciclo, no ciclo da abstinência. É a análise do modo de interromper o círculo de drogadição e de recaídas que interessa e **NÃO** o processo adicção.

O Modelo A-A-S deve analisar “o que” e “o como” é possível manter a abstinência. É um estudo da evolução consciencial da pessoa que está inserida no processo abstêmio. **Assim, a adicção pode continuar sendo estudada pelo MODELO DOENTE-DOENÇA-DEPENDÊNCIA (Modelo D-D-D), entretanto, a abstinência passa a ser analisada pelo modelo ABSTINENTE-ABSTINÊNCIA-SOBRIEDADE (Modelo A-A-S).**

A estrutura ABSTINENTE-ABSTINÊNCIA-SOBRIEDADE pode ser estudada, após o estabelecimento de seus conceitos gerais, da prevenção de recaída,

² Modelo “A.A.S.” é abreviação de: Modelo “ABSTINENTE- ABSTINÊNCIA-SOBRIEDADE”.

das síndromes, dos períodos de abstinência, dos efeitos abstêmios, dos princípios abstêmios e da participação de terceiros no processo abstêmio. O objetivo da análise estrutural ou Modelo A-A-S é a substituição de paradigmas, ou seja, procura-se substituir o atual modelo de adicção por um modelo futuro de sobriedade.

O modelo de sobriedade almejado pelo *novum* abstêmio e pelos seus familiares/cuidadores deve ser o objeto central da análise estrutural. **Então, os motivos pelos quais a dependência eclodiu na vida do adicto importam menos do que o modo pelo qual a sobriedade pode ser alcançada na vida do abstêmio. De fato, isso altera o paradigma atual já que a sobriedade passa a ser um dos objetivos do processo abstêmio, mas não o único.**

O modelo de abstinência a ser alcançado é que deve ser o propósito do estudo e da análise estrutural da abstinência. A grande mudança teórica que se faz é a substituição da ideia de doença pela ideia de abstinência.

O que as famílias, terapeutas³, cuidadores e, principalmente, os abstêmios almejam não é informação sobre seu estado atual, mas sobre a forma de como podem superar a crise que se instalou. Para isso, o conhecimento empírico é de fundamental relevância já que o modo de romper com o processo de adicção se baseia, profundamente, em tais informações. A alteração paradigmática dos modelos pode ser sintetizada pelo seguinte quadro comparativo:

³ Terapeutas, cuidadores e profissionais ligados ao processo de abstinência devem ser denominados **(RE)EDUCADORES ABSTÊMIOS**.

PARADIGMAS COMPARADOS				
P A S S A D O	MODELO D-D-D	DOENTE ADICTO VICIADO PACIENTE DROGADO DEPENDENTE USUÁRIO	DOENÇA COMPULSÃO OBSESSÃO USO ABUSIVO DESEJO DESCONTROLE MEIO SOCIAL ORIGEM ÉTNICA MAU-CARÁTER	DEPENDÊNCIA DROGAS COMPRAS SEXO INTERNET RELIGIÃO JOGOS ALIMENTOS TRABALHO
	MODELO A-A-S	ABSTINENTE MEMBRO DE A.A. ou N.A. RECUPERANDO ABSTÊMIO MENOR ABSTÊMIO MAIOR PÓS-ABSTÊMIO	ABSTINÊNCIA BOM SENSO MODERAÇÃO LUCIDEZ JUÍZO CRÍTICO CONTROLE ESPIRITUALIDADE	VIDA ABSTÊMIA SAÚDE RESPONSABILIDADE
F U T U R O		PESSOA	VÍNCULO	OBJETO

Quadro: Comparação entre Modelo D-D-D (passado) e Modelo A-A-S (futuro).

Então, enquanto a recaída é o retorno ao paradigma anterior, à abstinência passa a ser o objeto de estudo do paradigma futuro e desejado. Agora, com o foco do problema deslocado para a solução, ou seja, para a abstinência e sobriedade, podemos começar a estudar os motivos pelos quais é tão difícil migrar do Modelo D-D-D para o Modelo A-A-S.

A questão central não é apenas atingir o Modelo A-A-S, mas como fazer para alcançar esse novo modelo e romper com o modelo anterior. As famílias, os dependentes e os cuidadores buscam incansavelmente o fim da adicção, bem como o rompimento do ciclo doente-doença-dependente e sobrepujamento desse circuito de desgraças e iniquidades. A boa notícia é que a experiência demonstra que o processo de adicção possui vários caminhos que possibilitam sua substituição e mitigação. O objetivo não é estudar a drogadição em si, mas aprender com aqueles que estão há longos períodos em abstinência. **O estudo da evolução da consciência daqueles que estão em abstinência, dos seus modos de vida, das suas ambições, das suas aflições, das dificuldades e das suas experiências é o que interessa ao novo Modelo ABSTINENTE-ABSTINÊNCIA-SOBRIEDADE.**

A experiência demonstra que existem certos critérios comuns a todos os abstêmios. Em geral, a abstinência exige o rompimento com ideias (critérios) meramente emocionais baseados em decisões impulsivas, leviandades e irresponsabilidades. Tais características não são condizentes com o processo de abstinência de longo prazo e devem ser substituídas (substituição de paradigma) por critérios éticos, racionais e espirituais.

TEORIA DA GÊNESIS ABSTÊMIA

Para essa teoria existe um fato ou conjunto de fatos que podem desencadear o processo abstêmio. Assim, existe um elemento capaz de iniciar o processo de abstinência, mas qual é esse elemento?

Para responder essa questão devemos compreender três princípios que se aplicam à abstemiologia: princípio da prioridade absoluta, princípio da assunção e princípio do *start*. Depois da análise desses princípios podemos tecer algumas considerações.

PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA

Esse princípio expressa a ideia da responsabilidade através da frase “primeiro as primeiras coisas”. A maior responsabilidade e o objetivo prioritário durante o processo abstêmio devem ser a ABSTINÊNCIA. A abstinência deve ter prioridade absoluta, deve ser o foco do cotidiano de cada abstêmio. Veja que interessante. Temos prioridades na vida, como, por exemplo, um bom emprego, a constituição de uma família ou um modo de vida saudável. Essas prioridades se confundem, na realidade, com os EFEITOS gerados pela abstinência.

A ABSTINÊNCIA pode gerar diversos efeitos POSITIVOS ou NEGATIVOS. Nós sempre buscamos os EFEITOS POSITIVOS, mas existem os EFEITOS NEGATIVOS. Como exemplo de efeitos POSITIVOS, temos: sobriedade, convivência familiar, dignidade humana abstêmia, vida saudável, progresso laboral, entre outros. Quanto aos EFEITOS NEGATIVOS, são exemplos: efeitos colaterais gerados pela medicação, ausência em festividades, necessidade de comparecer a grupos abstêmios durante o resto da vida, não poder trabalhar em determinadas profissões, ter que se explicar por que não “vai beber no ano novo”, etc. São muitos os efeitos negativos. Óbvio que desejamos apenas os efeitos positivos da abstinência, mas todo “bônus gera um ônus”, de modo que sempre haverá efeito negativo. É a lei da vida. Por isso, a abstinência sempre terá EFEITOS POSITIVOS e EFEITOS NEGATIVOS.

Porém, muita atenção: o problema é que nada disso pode ser obtido sem respeito ao PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA. A PRIORIDADE ABSOLUTA não é um efeito da abstinência, mas, por outro lado, é a CAUSA da abstinência, ou seja, a GÊNESIS ABSTÊMIA. Só existe uma única prioridade absoluta para todos aqueles que tiveram um passado adicto, e consiste em **não usar drogas/álcool**. Essa é a PRIORIDADE ABSOLUTA, todo o resto é apenas efeito gerado por essa causa⁴.

⁴ Isso é muito importante porque vemos diariamente a inversão de prioridades. Imagine o seguinte: se a prioridade da pessoa é ter uma “vida saudável”, ela irá praticar atividade física mesmo estando com fissura. Contudo, se a prioridade for manter-se abstêmio, a pessoa não

Cuidado: o PRINCÍPIO DA PRIORIDADE ABSOLUTA é **não usar drogas/álcool**. Apenas isso. Aquele que não estiver com essa prioridade acima de todas as outras está invertendo os valores e confundindo a CAUSA (abstinência) com o EFEITO (emprego digno, vida saudável, amizades, convivência familiar sadia).

PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO

Esse princípio consiste no ato de assumir sua real condição, ou seja, é quando a pessoa se autoafirma como sendo abstêmia ou adicta. É um princípio muito importante do ponto de vista evolutivo, visto que, ao assumir a condição de adicto, por exemplo, a pessoa sabe o que é e para onde vai. Por outro lado, assumir a condição de abstêmio faz com que a pessoa mude sua postura e passe a buscar pelo caminho da abstinência. O importante nesse princípio é que, se for introduzido na mente do adicto ou abstêmio, faz com que ele assuma sua real condição perante os fatos da vida que estão ocorrendo. A pessoa passa a ser adicto ou abstêmio convicto. O importante desse princípio é que a pessoa assume sua real condição e para de “autoenrolar”. Por isso, o PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO pode ter 04 (quatro) modelos:

- ❖ Nem o adicto e nem seus familiares (codependentes) reconhecem o processo de adicção: PRINCÍPIO DA DESASSUNÇÃO ABSOLUTA.
- ❖ Os familiares (coabstêmios) reconhecem o processo de adicção de seu ente querido, mas a pessoa não se autorreconhece como sendo adicta (ou, em casos mais raros, vice-versa): PRINCÍPIO DA DESASSUNÇÃO RELATIVA.
- ❖ Assumir a condição de adicto e autorreconhecer o processo de adicção: é quando a pessoa assume que é adicta – PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO NEGATIVO.

vai evitar praticar atividade física quando estiver com fissura para não cansar em demasia e aumentar seu nível de estresse.

❖ Assumir a condição de abstinência e autorreconhecer a necessidade de iniciar, manter e evoluir no processo abstinência: é quando a pessoa assume a responsabilidade pela sua própria abstinência – PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO POSITIVO.

PRINCÍPIO DO START

Esse princípio é conhecido como sendo o momento em que “cai a ficha” e se inicia o período abstinência. Esse princípio, normalmente, pode ser materializado através de *insights*. O *insight* é uma revelação ou pequena iluminação que ocorre na pessoa e é capaz de fazê-la perceber – autopercepção – a situação em que sua vida se encontra após o longo período de drogadição. É o momento em que o abstinência compreende a real dimensão da sua situação, do seu problema e de qual será a solução. É o primeiro instante de lucidez abstinência pelo qual a pessoa consegue atingir o autoconhecimento sobre a magnitude desastrosa de suas atitudes. Essa lucidez abstinência substancializada através do *insight*⁵ é capaz de iniciar e desencadear (*start*) o processo abstinência. De fato, o mínimo de sanidade capaz de gerar a lucidez abstinência – que normalmente se perfecciona através de *insight* – é o GÊNESIS DA ABSTINÊNCIA.

Agora, podemos compreender que o processo abstinência exige que a pessoa assuma sua responsabilidade (princípio da assunção), compreenda que sua prioridade absoluta é a abstinência (princípio da prioridade absoluta) e tenha um mínimo de lucidez ou sanidade para poder realizar as duas etapas anteriores (princípio do *start*). Esse conjunto de elementos formará a **TEORIA DA GÊNESIS ABSTINÊNCIA** que, como dito antes, se manifesta através do *insight* de 1º grau.

⁵ Convém salientar que existem *insights* de 1º e 2º graus. O princípio do *start* refere-se ao *insight* de 1º grau. O autorreconhecimento do abstinência como sendo ***homo abstemius voluntariis*** compreende o *insight* de 2º grau e ocorre no Ponto “X” da escada abstinência, ou seja, na mudança de abstemaior para abstemaior real.

TEORIA DO *DEADLINE* DA ADICÇÃO E DA ABSTINÊNCIA

Como termina a adicção? Como se perde a adicção?

O ditado popular de que a adicção termina em “cadeia, clínica ou caixão” é verdadeira? Essa “crença” deve ser aceita como verdade? Existe outra solução? Vamos estudar esse assunto.

Popularmente é comum a informação de que o uso de drogas/álcool termina de três formas: cadeia, clínica ou caixão. Esse é o famoso “CCC” (ou os três C’s) do fim da adicção. Todavia, fazendo um estudo um pouco mais atento podemos observar que isso não representa toda a verdade. Por quê? Vejamos.

A questão central é saber “COMO” o processo de adicção vai terminar. A resposta é muito simples: a adicção termina quando **CESSAR** o uso de drogas/álcool. Existe diferença entre **cessar** e **suspender** o uso de drogas/álcool. **Cessar** é terminar, extinguir, acabar por completo ou interromper em definitivo. Enquanto, **suspender** é apenas parar por curto período, interromper momentaneamente, sustar ou adiar o uso de drogas/álcool. Dessa forma, **CESSAR** o uso drogas/álcool significa “parar em definitivo” o processo de adicção. Então, quais são as formas de parar de usar drogas/álcool? Vejamos.

Entendemos que o fim da adicção pode ser **VOLUNTÁRIO** ou **INVOLUNTÁRIO**, ou seja, o processo de adicção é algo que já nasceu com data certa para terminar. Dessa forma, a adicção vai terminar: quer o adicto queira ou não.

O **fim da adicção** entendido como sendo **INVOLUNTÁRIO** pode ocorrer de diversas formas. Por exemplo:

1. **Óbito involuntário.** Ex.: morte prematura da pessoa por *overdose* acidental, violência contra o adicto – homicídio, lesão corporal gravíssima -, violência do adicto contra outra pessoa – alguém atuando em legítima defesa causa a morte do adicto -, acidente de trânsito culposo, morte pela traficância (execução do adicto), violência doméstica, morte em confrontos com a polícia etc.

2. **Abstinência forçada.** A pessoa adicta é forçada a ficar em abstinência por motivos diversos, por exemplo:

2.1 **Debilidade mental que torne inviável (impossível) permanecer usando drogas/álcool.** Ex.: esquizofrenia grave, invalidez mental permanente, depressão grave etc.

2.2 **Debilidade física permanente que torne inviável (impossível) permanecer usando drogas/álcool.** Ex.: AVC, câncer no pulmão ou fígado, diabetes avançada etc.

2.3 **Internamento permanente.** Ex. manicômio judiciário ou grandes períodos de prisão que acabam gerando a desintoxicação e abstinência coercitiva (*abstemius coacto*).

Assim, o fim da adicção de forma **INVOLUNTÁRIA** resultará no óbito ou na **abstinência forçada** (debilidade mental, debilidade física ou internamento permanente).

Em outro diapasão, o **fim da adicção** também pode ocorrer de maneira **VOLUNTÁRIA**, mas como? Através de:

1. **Óbito voluntário.** Ex. suicídio direto, suicídio indireto (acidente de trânsito doloso), *overdose* volitiva, permanência perpétua na vida adicta (adicto que permanece adicto até o final de sua vida, por exemplo, bebeu até morrer pela falência de seus órgãos).

2. **Abstinência “voluntária”.** Ex.: deixou a adicção para trás e não usa

drogas/álcool quer seja interrompendo o uso por meio de internamentos, ou sozinho, ou com ajuda de grupos anônimos, ou com ajuda de terceiros. Destaque-se um detalhe de suma importância: a abstinência é voluntária, porém o fato que originou a abstinência pode não ter sido voluntário. Por exemplo, a pessoa é internada involuntariamente, entretanto depois do internamento e da desintoxicação permanece em processo de abstinência. Essa abstinência é voluntária, embora o fato que tenha contribuído para isso (internamento) seja involuntário.

A crítica é que a CADEIA e a CLÍNICA não são formas de CESSAR a adicção. O que extingue a adicção não é ficar preso, mas é o término do uso de drogas/álcool pelo fato de estar preso ou sem acesso às drogas/álcool. Da mesma forma, o que extingue a adicção não é a “clínica”, mas é cessação do uso drogas/álcool por estar sem acesso às drogas.

Entretanto, por óbvio que o CAIXÃO, representando o óbito, de fato interrompe por completo o processo adicto. Entretanto, a morte não interrompe a adicção por superar o modelo adicto, mas porque não existirá mais a PESSOA que era adicta. A morte (CAIXÃO) elimina a “pessoa da adicção” e não a “adicção da pessoa”. Assim, temos o seguinte panorama:

- Cadeia – pode ser um meio involuntário de interromper a adicção, desde que o adicto não continue usando drogas/álcool quando preso e nem quando sair da prisão. Então, o que interrompe a adicção não é a cadeia, mas é a abstinência gerada pelo fato da pessoa adicta ter sido presa.
- Clínica – pode ser um meio involuntário de interromper a adicção, desde que o adicto não continue usando drogas/álcool quando sair da clínica. Então, o que interrompe a adicção não é a clínica, mas é a abstinência gerada pelo fato da pessoa ter sido internada.
- Caixão – é efetivamente um meio de interromper a adicção, seja pela morte voluntária ou involuntária. A morte interrompe o processo de adicção, mas não pelo fim do uso das drogas/álcool, e sim pelo fim da pessoa que usava

drogas/álcool.

Então, pelo raciocínio exposto, a adicção termina somente de duas formas: óbito ou abstinência. Ao que tudo indica, seja pela morte ou pela abstinência, de um jeito ou doutro a adicção vai terminar. Agora vem um ponto muito importante. Como a morte não representa o fim do uso de drogas/álcool, mas sim o fim da PESSOA que usava drogas/álcool, pergunto: “como uma pessoa ‘viva’ que é adicta pode ficar sem usar drogas/álcool?” Somente de uma forma, pela ABSTINÊNCIA. Não existe outra maneira, não tem outro caminho. Se a pessoa que era adicta quiser permanecer viva e, simultaneamente, sem a adicção, só existe um caminho: a ABSTINÊNCIA.

Por sua vez, como visto antes, ABSTINÊNCIA pode ser alcançada de duas formas: ou a pessoa fica abstêmia de forma VOLUNTÁRIA, ou a pessoa será abstêmia de forma FORÇADA.

Concluindo a questão, a adicção não termina em “cadeia, clínica ou caixão” que são, em geral, formas de obter a ABSTINÊNCIA FORÇADA. Existe outra solução para o fim da adicção: a ABSTINÊNCIA VOLUNTÁRIA.

Quando termina a abstinência? Como se perde a abstinência?

A resposta a essa pergunta parece ser: no **óbito** ou no **retorno ao processo de adicção**. A **morte** não faz alguém perder a abstinência porque usou drogas/álcool, mas porque a pessoa deixou de existir, é o fim da própria pessoa e não o fim da abstinência em si. Então, na realidade, nem mesmo a morte faz com que a pessoa perca sua própria abstinência. A morte pode ser voluntária (suicídio) ou involuntária, mas o reuso de drogas/álcool é, em regra, somente voluntário já que forçar alguém a usar drogas/álcool contra sua vontade é algo muito difícil. Se o abstêmio for obrigado a usar drogas/álcool contra sua vontade estará perdendo sua abstinência, mas, nesse raríssimo caso, provavelmente, poderá voltar ao caminho da abstinência de forma menos complexa e penosa do que aquela pessoa que interrompeu deliberadamente

seu o processo de abstinência.⁶

Existe o caso do uso de drogas/álcool involuntário como quando o abstêmio é vítima de crime, por exemplo, o “boa noite cinderela” que consiste em colocar um medicamento de uso controlado em alguma bebida para que a pessoa adormeça e seja vítima de algum crime como roubo, estupro⁷ ou sequestro. Isso é uma espécie de uso involuntário de drogas, mas é raro acontecer entre abstêmios já que eles, normalmente, não frequentam os “lugares” onde essa droga pode ser utilizada de forma criminosa porque aplicam – ou deveriam aplicar – a técnica do evite pessoa, hábitos e lugares da ativa.

Então, na prática, ao que tudo indica a abstinência somente termina de uma forma: ao (re)usar drogas/álcool. Note-se que não se perde a abstinência porque “entrou no bar”, ou porque discutiu com a esposa, porque perdeu o emprego, ou porque seu ente querido veio a falecer, ou porque está sem dinheiro, ou porque bateu o seu carro, ou porque os medicamentos acabaram e não foram comprados outros remédios. Todos esses fatos são desestabilizadores de humor, agentes estressores ou quebra do dever de cuidado, mas não geram a imediata perda da abstinência. O que faz a abstinência se perder, onde mora o perigo, é no efetivo uso de drogas/álcool. **Somente o uso de drogas/álcool é capaz de interromper o processo de abstinência.** Tudo o que vem antes do uso de drogas/álcool não tem o efetivo efeito de interromper a abstinência, mas são elementos que podem gerar o fim da abstinência se não forem devidamente analisados, interpretados e combatidos pelas diversas técnicas que existem e estão apresentadas nas mais variadas obras.

Outra questão: Quando se interrompe a abstinência, a pessoa volta a ser

⁶ Lembrando que existe a “recaída sem uso” e o “uso sem recaída”. A “recaída sem uso” pode ser exemplificada pela recaída emocional quando a pessoa ainda não usou drogas/álcool, mas está na iminência de usar. O “uso sem recaída” pode ocorrer, por exemplo, no caso de emergência médica ou nas *rape drugs* (ver próxima nota).

⁷ Quando se utiliza o “boa noite cinderela” para estuprar a vítima temos a denominação de “drogas para estupro” ou *rape drugs*. Essas drogas são na sua maioria compostas por: flunitrazepam (nome comercial de Rohypnol), ácido gama hidroxibutírico (abreviado de GHB, nome comercial de *Ecstasy líquido*) ou ketamina (nome comercial de *Special K*).

mero usuário? Volta a ser usuário abusivo? Volta a ser adicto? É difícil responder essas questões. Porém, pelo empirismo - derivado das regras de experiência do cotidiano de clínicas, terapias e grupos anônimos - percebe-se que não existe pessoa abstêmia originária de um longo processo de adicção que consiga voltar a ser mera usuária ou usuária abusiva. Na prática, o abstêmio que voltar a usar drogas/álcool irá, inevitavelmente, em mais tempo ou menos tempo, voltar ao processo de adicção. Isso parece ser a regra. Nos raríssimos casos em que o abstêmio volta a utilizar drogas/álcool, mas não retorna ao universo adicto fica a seguinte dúvida: será que essa pessoa era realmente adicta ou fazia apenas uso abusivo? Há controvérsias, mas é muito difícil encontrar abstêmio que conseguiu voltar a ser mero usuário ou usuário abusivo. Assim, na prática, os abstêmios não conseguem fazer uma redução no uso de drogas/álcool de maneira efetiva e, muito menos, lidar com técnicas de “redução de danos”.





PRINCÍPIO DA PORTA ABERTA

A abstinência está sempre de “porta aberta” para quem quiser mudar da vida adicta para a vida abstêmia. Esse princípio é levado em consideração, inclusive, em muitas salas de grupos anônimos que estão sempre “abertas” para receberem novos membros. Porém, o princípio de portas abertas representa muito mais que isso, já que compreende a possibilidade que a pessoa possui de fazer parte do universo abstêmio assim que desejar. A abstinência está sempre “aberta” e, mesmo quando a pessoa sair da abstinência por ter recaído (reintoxicação física), ela poderá retornar. A abstinência não fecha sua porta, o adicto é que se fecha na “porta da adicção”, afastando-se da abstinência. De fato, enquanto a abstinência “abre a porta” para o abstêmio, a adicção exige que a “porta esteja fechada” para fazer com que a pessoa permaneça na adicção.

PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO

Esse princípio consiste no ato de assumir sua real condição, ou seja, é quando a pessoa se autoafirma como sendo abstêmia ou adicta. É um princípio muito importante do ponto de vista evolutivo, visto que, ao assumir a condição de adicto, por exemplo, a pessoa sabe o que é e para onde vai. Por outro lado, assumir a condição de abstêmio faz com que a pessoa mude sua postura e passe a buscar pelo caminho da abstinência. O importante nesse princípio é que, se for introduzido na mente do adicto ou abstêmio, faz com que ele assuma sua real condição perante os fatos da vida que estão ocorrendo. A pessoa passa a ser adicto ou abstêmio convicto. O importante desse princípio é que a pessoa assume sua real condição e para de “autoenrolar”. Por isso, o PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO pode ter 04 (quatro) modelos:

- ❖ Nem o adicto e nem seus familiares (codependentes) reconhecem o

processo de adicção: **PRINCÍPIO DA DESASSUNÇÃO ABSOLUTA.**

❖ Os familiares (coabstêmios) reconhecem o processo de adicção de seu ente querido, mas a pessoa não se autorreconhece como sendo adicta (ou, em casos mais raros, vice-versa): **PRINCÍPIO DA DESASSUNÇÃO RELATIVA.**

❖ Assumir a condição de adicto e autorreconhecer o processo de adicção: é quando a pessoa assume que é adicta – **PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO NEGATIVO.**

❖ Assumir a condição de abstêmio e autorreconhecer a necessidade de iniciar, manter e evoluir no processo abstêmio: é quando a pessoa assume a responsabilidade pela sua própria abstinência – **PRINCÍPIO DA ASSUNÇÃO POSITIVO.**

PRINCÍPIO DA AUTORRESTRICÇÃO PROTETIVA

Somente o abstêmio sabe quais devem ser suas restrições e qual o nível de restrição que deve ter para conseguir se autoprotger. O abstêmio deve ser honesto e sincero “consigo mesmo” para identificar “o que” deve ser restringido e “o quanto” deve ser restringido. O contrário desse princípio gera a exposição desnecessária do abstêmio e pode estar ocultando uma enorme desconjuntura autossuficiente.

PRINCÍPIO DA DESCRENÇA LIMITADA OU MITIGADA

O princípio da descrença nos ensina que não devemos acreditar em nada – e em ninguém – e que devemos procurar as respostas que precisamos para, só depois, acreditar nos conceitos. Os dogmas, as ideias, os raciocínios, os

esquemas e os conceitos devem ser constantemente investigados para que a pessoa possa evoluir. Entretanto, para a abstemiologia, o princípio da descrença deve ser mitigado. Explico. Em regra, o abstinêntio deve desacreditar em tudo aquilo que sabe ou conhece, já que foram essas ideologias (crenças) que o conduziram ao processo de adicção. Porém, existem diversos fatores que não podem ser ignorados e que não precisam de investigação aprofundada por parte do abstinêntio. Assim, existem certos elementos do processo abstinêntio que não demandam nenhuma pesquisa adicional e que são a base da própria abstinência, como, por exemplo: a crença de que as drogas/álcool arruinaram a sua vida, as cláusulas pétreas, os trinômios e os triângulos abstinêntios. Esses elementos caracterizam a própria natureza da abstinência e “desacreditar” nos efeitos que eles geram pode resultar em recaída e recondução ao processo de adicção. Por isso, no processo abstinêntio, o princípio da descrença será limitado.

PRINCÍPIO DA INSUSTENTABILIDADE DE CONDIÇÕES DE VIDA *CETERIS PARIBUS* COM ABSTINÊNCIA

A expressão *ceteris paribus* significa que algumas variáveis são mantidas constantes para que seja possível analisar o todo. Todavia, a abstinência requer nova forma de vida, sendo incompatível com o modelo de vida exercido no momento anterior. Não é possível ficar em abstinência e manter todas as demais condições de vida que eram exercidas durante o anterior período de drogadição. A abstinência exige, obrigatoriamente, alteração dos conceitos, costumes, juízo de valores e crenças irracionais que eram utilizados durante a drogadição e que culminaram com o processo de adicção. Por isso, se a pessoa tentar manter imutável alguma variável do processo de adicção (por exemplo, pessoas, hábitos ou lugares da ativa) não conseguirá permanecer abstinêntio por longos períodos.





INTRODUÇÃO AOS MODELOS DE ABSTINÊNCIA

DISSIDÊNCIA ABSTÊMIA

A **dissidência abstêmia** representa o fenômeno da divergência entre os abstêmios. Existem abstêmios que percorrem com naturalidade o caminho da abstinência hipotético e ideal. Todavia, muitos outros abstêmios estão percorrendo outras jornadas. Em termos mais simples, existem abstêmios que seguem outros trilhos, mas, mesmo assim, continuam sendo abstêmios. Essas pessoas divergem da aplicação de alguns princípios, ideias, métodos ou técnicas, mas, apesar disso, mantêm a abstinência.

A **dissidência abstêmia** se manifesta através de três conceitos já apresentados nessa obra, quais sejam: **desvios abstêmios**, **fenômenos abstêmios atípicos** e **desvirtuamento da abstinência**. Nesses casos, teremos abstêmios que não estão inseridos no caminho hipotético e ideal, mas que continuam sendo abstêmios.

As pessoas oriundas da adicção e que estão seguindo caminhos desviantes (1º ao 4º grau) continuam sendo abstêmias. Assim, podemos dizer que o abstêmio-mero usuário (desvio de 2º grau), o abstêmio-usuário abusivo (desvio de 3º grau) e o abstêmio-adicto (desvio de 4º grau) ainda são pessoas com abstinência, apesar de estarem muito próximos da adicção⁸. Porém, a pessoa com desvio abstêmio de 1º grau infelizmente não será mais classificada como abstêmia caso venha a (re)intoxicar-se fisicamente. Ainda assim, até o momento que antecede a (re)intoxicação física, ela ainda será abstêmia. Isso

⁸ Aqui, a expressão “próximo” se refere à possibilidade de desenvolverem um processo de recaída. Não existe uma base abstemiológica muito firme para essas pessoas, e isso facilita sobremaneira o retorno à adicção.

nos indica que aqueles que sofrem uma “recaída emocional” permanecem sendo abstêmios porque não se (re)intoxicaram fisicamente. De fato, a “recaída emocional” não tem o condão de afastar a classificação abstemiológica dada à pessoa.

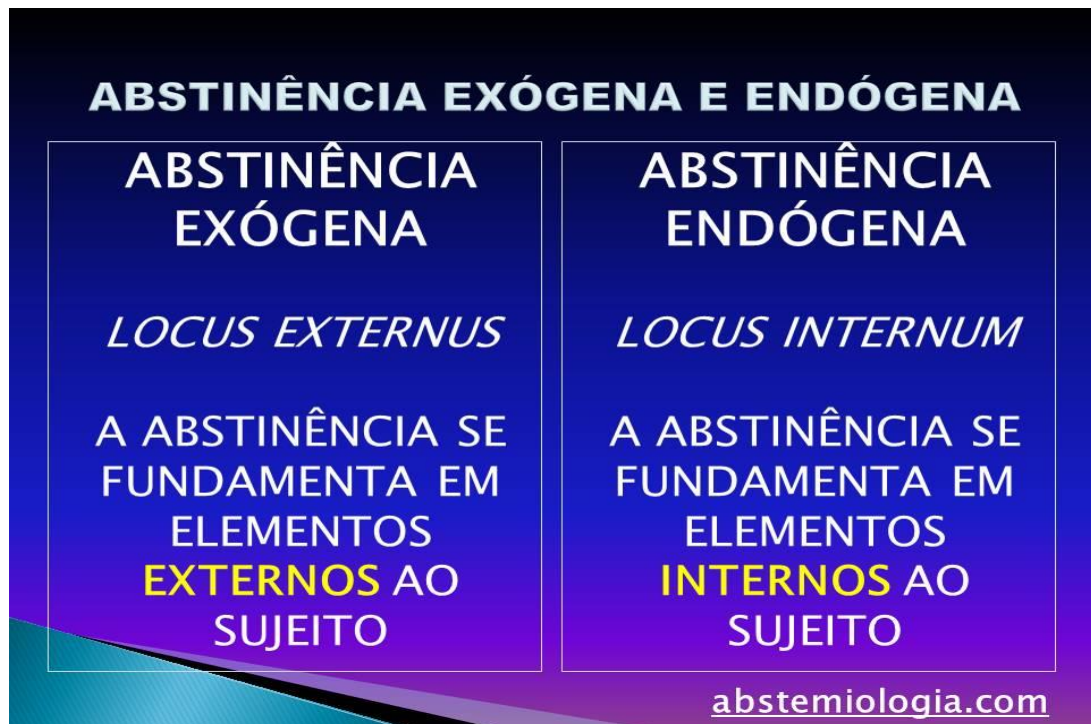
Existe fortíssima dissidência abstêmia nos **fenômenos abstêmios atípicos** denominados abstêmios do efeito *wundermittel* (efeito *Popeye*), abstêmios do modelo *superman* e abstêmios do modelo *one step*. A exceção reside no caso dos abstêmios por trauma, posto que são pessoas em abstinência que **não** conflitam com o caminho de abstinência hipotético e ideal.

Por último, as maiores dissidências abstêmias residem nos modelos de **desvirtuamento da abstinência**, tais como: abstinência seccionada ou inadequada, abstinência caducada, abstinência diabólica, abstinência leviana e abstinência dissimulada.

Impende asseverar que todas as formas de dissidência abstêmia refletem pessoas que estão em abstinência, apesar de estarem muito próximas da adicção. Por isso, em regra, só existe **dissidência abstêmia parcial**. A única forma de **dissidência abstêmia total** ocorre no desvio abstêmio de 1º grau, e desde que o processo de recaída tenha resultado na (re)intoxicação física da pessoa.

ABSTINÊNCIA ENDÓGENA E ABSTINÊNCIA EXÓGENA

Imagine dois abstêmios tendo, cada um deles, muitos anos de abstinência. O primeiro abstêmio acredita que a abstinência é algo obtido graças a algum fator **externo** (medicamento, remédio, internação, grupo terapêutico, grupo anônimo ou Poder Superior). O outro abstêmio acredita que a abstinência é algo **interno** e que a manutenção dessa condição é de sua própria (auto)responsabilidade. Repetindo, mais uma vez, ambos os abstêmios possuem longos períodos de abstinência. Qual dos abstêmios está com a razão?



Vou me adiantar e responder que ambos os abstêmios possuem razão. Nesses dois casos temos os fenômenos da **ABSTINÊNCIA EXÓGENA** e **ABSTINÊNCIA ENDÓGENA**, respectivamente. Vamos analisar cada uma dessas modalidades (tão comuns) de abstinência.

Na **ABSTINÊNCIA EXÓGENA** o abstêmio acredita que seu processo de abstinência possui um **LOCUS EXTERNUS**, ou seja, a origem da abstinência se deve a um elemento externo e que está “fora” do sujeito. Nesses casos os abstêmios costumam atribuir o sucesso do processo de abstinência a fatores como: medicamentos, terapeutas, clínica de recuperação ou comunidade terapêutica em que foi internado, grupo terapêutico ao qual pertence, grupo anônimo do qual participa ou qualquer outra forma de Poder Superior. Note que, para esses abstêmios, a própria abstinência se baseia no **locus externus** de modo que eles “confundem” as técnicas para iniciar, manter e permanecer em abstinência com a própria origem da abstinência. Para esses abstêmios

(com abstinência exógena) o seu próprio processo de abstinência é resultado de algum fator externo que lhe “concedeu” a saída do universo da adicção. Essa modalidade de abstinência é a mais utilizada por pessoas que, de certa forma, procuram explicações espirituais, clínicas ou sociais para a superação da drogadição. Embora existam estudos que sinalizam a **ABSTINÊNCIA EXÓGENA** como sendo mais efêmera do que a **ABSTINÊNCIA ENDÓGENA**, na prática, empiricamente, existem muitos abstêmios exógenos com longos anos de abstinência⁹.

Ainda no que se refere à **ABSTINÊNCIA EXÓGENA**, às vezes, pode ocorrer a confusão entre uma técnica para manter a abstinência e a própria origem da abstinência. Contudo, esse desalinho **NÃO** se sustenta por longos anos, ou seja, se o abstêmio está há muito tempo em abstinência é porque **NÃO** houve desarranjo. Ademais, uma das vantagens dessa abstinência é que ela cria fortes laços sociais fazendo com que o abstêmio se relacione com outras pessoas que também estão em abstinência. Essa modalidade de abstinência facilita a superação de hábitos adictos e, simultaneamente, neutraliza os lugares relacionados à adicção porque coloca o abstêmio, geograficamente, em novas dimensões. Os abstêmios exógenos também são pessoas mais preparadas para prestarem assistência e realizarem o 12º passo dos grupos anônimos.

Na **ABSTINÊNCIA ENDÓGENA**, por sua vez, o abstêmio acredita que seu processo de abstinência possui um **LOCUS INTERNUM**, ou seja, a origem da abstinência se deve a um elemento interno e que está “dentro” do sujeito. Nesses casos os abstêmios costumam atribuir o sucesso do processo de abstinência a fatores como: autorresponsabilidade, autoenfrentamento da crise, autossuperação, realização de mudanças, readequação das distorções cognitivas ou abandono da autopiedade, autossabotagem e autossuficiência como mecanismos que davam sustentação à drogadição. Para esse abstêmio (com abstinência endógena) o seu “próprio” processo de abstinência é

⁹ RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B.. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **PSIC.: TEOR. E PESQ.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, Abril/2002.

resultado de algum fator interno que após ser encontrado, através do autodiagnóstico (dirigido ou não), lhe “concedeu” a saída do universo da adicção. Essa modalidade de abstinência é a mais utilizada por pessoas que, de certa forma, procuram explicações lógicas, racionais ou psicológicas para a superação da drogadição.

A **ABSTINÊNCIA ENDÓGENA** ainda é muito focada no “EU”. Isso faz com que, em regra, esses abstêmios sejam mais refratários à ideia de assistência ou prestação de auxílio aos outros colegas. Porém, se o abstêmio está há muitos anos em abstinência, tudo indica que o egoísmo que sustentava a adicção foi substituído ou neutralizado por outra forma de pensar. Nessa forma de manter-se abstêmio haverá uma separação muito nítida entre as técnicas para manter-se abstêmio e a própria origem e desenvolvimento da abstinência. De qualquer forma, essa abstinência possui muitos adeptos.

São exemplos de **ABSTÊMIOS EXÓGENOS ATÍPICOS**: abstêmio do efeito *wundermittel*¹⁰ e abstêmio por trauma (próprio ou de terceiro)¹¹. Os desvios abstêmios que podem ocorrer normalmente se referem aos desvios de 2º (abstêmio-mero usuário) ou 3º (abstêmio-usuário abusivo) escalão.

São exemplos de **ABSTÊMIOS ENDÓGENOS ATÍPICOS**: abstêmios *superman*¹² e abstêmios *one step*¹³. Os desvios abstêmios que podem ocorrer normalmente se referem aos desvios de 4º (abstêmio-adicto) escalão.

Por fim, sinalizo que em ambos os modelos de abstinência, exógena ou endógena, existe a interrupção definitiva do uso de drogas/álcool. Essas formas de abstinência são muito comuns e possuem enorme valia para todos

¹⁰ Sugerimos, humildemente, que seja feita a leitura do texto no *site* da ABSTEMIOLOGIA: **FENÔMENOS ABSTÊMIOS ATÍPICOS**

¹¹ Sugerimos, humildemente, que seja feita a leitura do texto no *site* da ABSTEMIOLOGIA: **ABSTÊMIOS POR TRAUMA**

¹² Vide nota nº 10.

¹³ Vide nora nº 10.

os abstêmios. Aliás, cabe ressaltar que o número de abstêmios exógenos supera (muito) o número de abstêmios endógenos¹⁴.



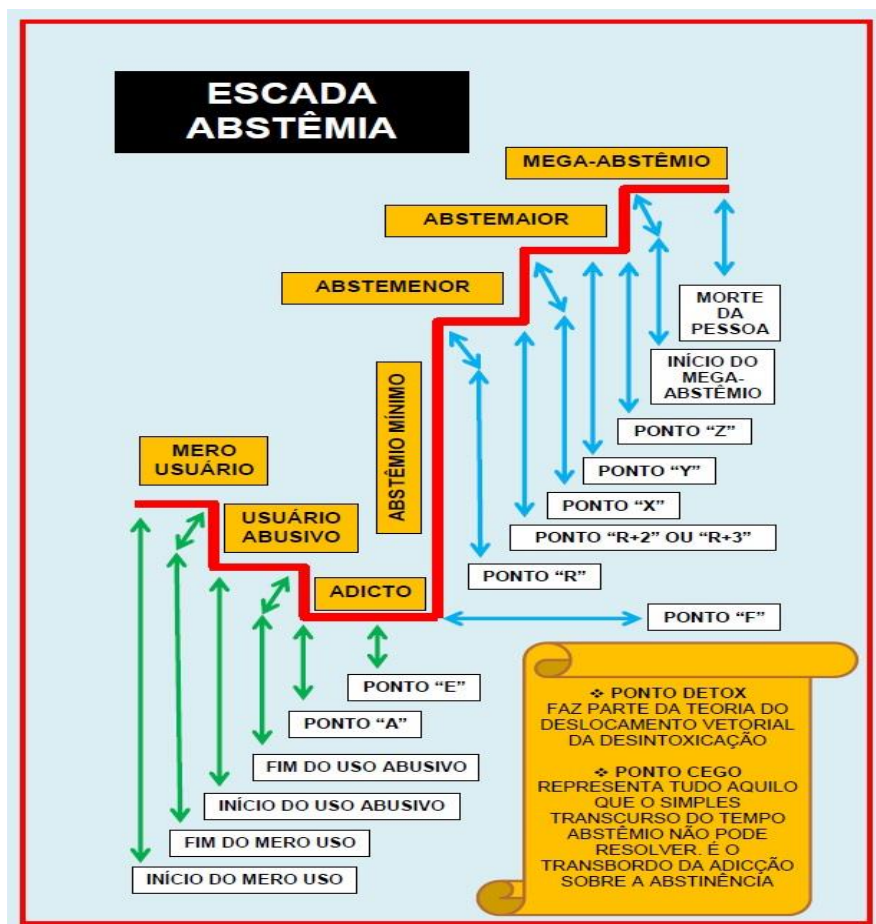
¹⁴ Por óbvio, esses dados são empíricos. Apesar disso, o estudo descrito na nota de rodapé nº 01 pode fornecer maiores elementos de convicção.



INTRODUÇÃO AOS ITINERÁRIOS ABSTEMIOLÓGICOS

APRESENTAÇÃO GERAL DOS 16 (DEZESSEIS) VÉRTICES DA ESCADA ABSTÊMIA

A escada abstemiológica completa possui 16 (dezesesseis) pontos que são denominados VÉRTICES, 05 (cinco) intervalos que são denominados *DELAYS* e 06 degraus que correspondem a cada uma das GRADAÇÕES ABSTEMIOLÓGICAS. Na imagem a seguir estão representados os 16 VÉRTICES ou PONTOS ABSTEMIOLÓGICOS:



Quadro: vértices da escada abstemiológica.

Agora analisaremos cada um desses vértices da escada abstinência. Como podemos observar, em cada ponto da escada abstinência temos uma mudança de fase. Portanto existe um total de 16 (dezesseis) pontos ou vértices. São eles:

(a) **Início do mero uso**: ocorre quando a pessoa inicia o uso de drogas/álcool, mas ainda faz um uso meramente recreacional. A maior relevância desse ponto refere-se à perda da abstinência original ou primária, já que a pessoa deixa de ser *Homo abstemius purus*.

(b) **Fim do mero uso**: nesse ponto a pessoa deixa de fazer o mero uso e começa a fazer uso abusivo de drogas/álcool.

(c) **Início do uso abusivo**: aqui a pessoa começa a abusar das drogas/álcool, mas ainda não pode ser considerada adicta.

(d) **Fim do uso abusivo**: após o início do uso recreacional, em algum momento a pessoa começou a fazer uso abusivo de drogas/álcool, e esse abuso se torna uma dependência. É muito difícil saber quando o uso abusivo se tornou uma dependência.

(e) **Início da adicção**: é quando a pessoa percebe, por ela mesma (autopercepção), que se tornou adicta. Esse é o **PONTO “A”**, ou ponto do início da adicção, e que é determinado como sendo a data em que a pessoa percebeu que se tornou adicta. É o autorreconhecimento do início da adicção.

(f) **Antessala da abstinência**: é quando ocorre a exposição interventiva, ou seja, quando acontece uma autoapresentação ou heteroapresentação do diagnóstico adicto. Essa exposição pode ser entendida como sendo falsa, real ou autopercepção. Por se referir à exposição interventiva, é chamada de **PONTO “E”**.

(g) **Fim da adicção**: só ocorre de duas formas: óbito ou abstinência. Esse é o **PONTO “F”**. O ponto “F” pode representar dois efeitos simultâneos. O primeiro é o fim da adicção. O segundo, caso exista¹⁵, é o início da jornada abstinência, e representa o começo da fase de desintoxicação. O ponto “F” é conhecido como “boda dourada”, porque pode surgir após a recaída “de ouro”

¹⁵ O segundo efeito do ponto “F” pode não existir porque o processo de adicção pode ter terminado com o óbito do adicto. Daí, nesse caso, não haverá fase de desintoxicação e nem sequer o início da jornada abstinência.

ou da interrupção do uso de drogas/álcool. A boda dourada representa o “casamento”, união ou vínculo do abstinêio com o início de sua jornada abstinêia.

(h) **Início da abstinência**: a pessoa passou a fase de desintoxicação, mas ainda não completou o período de 02 (dois) ou 03 (três) anos sem uso de drogas/álcool. Esse é o **PONTO “R”**, ou ponto do início da abstinência. Aqui cabe uma observação. Durante essa obra, optamos pela utilização do termo **abstinêio mínimo** como aquele abstinêio que tem origem logo após o ponto “F” (início da desintoxicação). Assim, entre o ponto “F” e o ponto “R”, temos o **abstinêio mínimo**. Após a fase de desintoxicação (depois do ponto “R” e antes do ponto “R+2” ou “R+3”) figurará o **abstemenor**. Entretanto, não vejo obstáculo algum à utilização do termo **abstinêio menor (abstemenor)** para aqueles abstinêios que ainda não se desintoxicaram, ou seja, que estão percorrendo o primeiro *delay* da parte positiva da escada abstinêia (D3), que vai do ponto “F” ao ponto “R+2” ou “R+3”. Desse modo, como se verá adiante, o abstinêio mínimo pode ser compreendido como sendo apenas uma subclassificação de abstemenor.

(i) **Fim da recuperação**: a pessoa alcançou o tempo de 02 (dois) ou 03 (três) anos sem drogas/álcool, por isso esse é o **ponto “R+2” ou “R+3”**. Após esse ponto a classificação abstemiológica muda para abstinêio maior ou abstemaior.

(j) **Autorreconhecimento consciencial como ser abstinêio**: é o momento de autopercepção, em que a própria pessoa percebe que se tornou abstinêia e que mudou, efetivamente, seu modo de vida. Esse momento se materializa pelos **insights de 2º grau**. Esse é o **ponto “X”** e corresponde ao autorreconhecimento consciencial da abstinência, ou seja, é quando a pessoa passa a se sentir como sendo abstinêia. Portanto, o **ponto “X”** tem dupla função: a primeira é inverter o critério de *Homo abstemius coacto* para **Homo abstemius voluntariis**. A segunda função é marcar o surgimento do **abstinêio maior real**.

(k) **Ponto Yintang¹⁶ ou PONTO “Y”**: é o momento em que o período de

¹⁶ O ponto *yintang* é um ponto muito antigo que representa, no oriente, o “terceiro olho”. É conhecido como um ponto de clarividência, equilíbrio e despertar espiritual.

adicção (Ad) se iguala ao período de abstinência (Ab), ou seja, $[Ad=Ab]$. Nesse ponto ainda não houve a equivalência entre o período de drogadição e o período abstêmio, mas já existe a igualdade entre o período em que a pessoa esteve em adicção e o período abstêmio. Esse ponto “Y” se materializa como sendo “boda de safira”, porque é a representação de que o “casamento”, união ou vínculo do abstêmio com sua jornada abstêmia já atingiu o mesmo período em que esteve sob os efeitos da adicção. Embora, na escada abstêmia, o ponto “Y” esteja localizado após o ponto “X”, é possível que a boda de safira ocorra antes mesmo do autorreconhecimento consciencial como ser abstêmio.

(l) **Ponto Ziemmermann ou PONTO “Z”**: é o instante ou o momento em que o somatório de todo o período de abstinência (Ab) se iguala ao somatório do período de drogadição (D), ou seja, $[Ab=D]$. Nesse ponto, o período total de uso de drogas/álcool (período de drogadição) equivale ao tempo de abstinência, isto é, o somatório do tempo em que a pessoa foi mera usuária, usuária abusiva e depois adicta iguala-se ao somatório do período de abstinência. O dia do ponto “Z” é conhecido como “boda de diamante”, já que representa o momento em que o “casamento”, união ou vínculo do abstêmio com sua jornada abstêmia atingiu o mesmo período que, antes, foi dedicado à drogadição.

(m) **Superação do período de drogadição pelo período de abstinência**: é o instante seguinte ao **ponto Ziemmermann**, quando o tempo em abstinência supera todo o tempo em que se fez o uso de drogas/álcool. Aqui surge o pós-abstêmio ou mega-abstêmio.

(n) **Óbito da pessoa**: é o fim da vida da pessoa abstêmia. Convém lembrar que o fim da abstinência pode ocorrer de duas formas: morte do abstêmio ou retorno ao processo de adicção¹⁷.

(o) **Ponto DETOX**: faz parte da teoria do deslocamento vetorial da desintoxicação. É uma forma mais técnica de reclassificar o abstêmio dentro da escada abstemiológica, após uma eventual reintoxicação física (recaída), uma vez que levará em consideração seu período de abstinência (lastro abstêmio) e o nível dos efeitos da recaída.

(p) **Ponto CEGO da abstinência**: refere-se ao transbordo dos problemas

¹⁷ Isso é estudado na **teoria do *deadline* da adicção e da abstinência**.

gerados durante a adicção e que não conseguem ser resolvidos pelo simples transcurso do tempo abstêmio. Representa aquilo que a abstinência não consegue resolver porque foi um efeito muito grave gerado pela adicção. Por exemplo, durante a adicção houve uma morte, divórcio, processo criminal ou desemprego. Nesses casos, o simples transcurso da abstinência é incapaz de resolver os problemas, de modo que medidas efetivas mais concretas serão necessárias. Para solucionar o ponto cego, devem ser aplicadas outras técnicas abstemiológicas, tais como perdão, autoperdão e reparação de danos direta ou indireta.





INTRODUÇÃO ÀS ABSTEMIOPATIAS

INTRODUÇÃO ÀS SÍNDROMES ABSTEMIOLÓGICAS

MODELO GERAL DE SÍNDROME ABSTÊMIA

+ CRENÇAS EQUIVOCADAS
+ CRENÇAS IRRACIONAIS
+ ESQUEMAS DISFUNCIONAIS
+ PENSAMENTOS FALACIOSOS

= SÍNDROME ABSTÊMIA

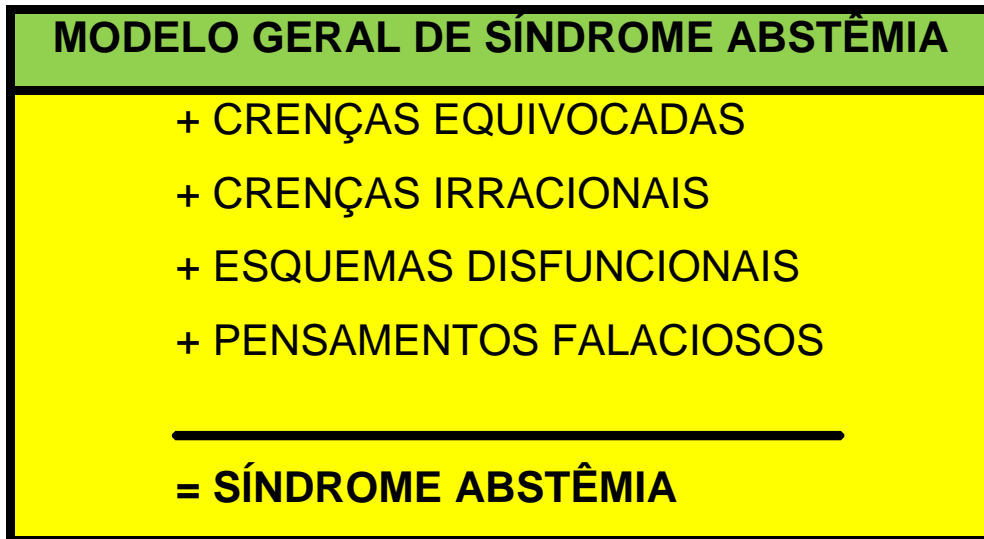
abstemiologia.com

Neste tópico será apresentado um pequeno estudo sobre as diversas síndromes que se apresentam durante o processo abstêmio. As síndromes que existem no processo adicto não interessam a este estudo já que, aqui, parte-se da ideia de que a pessoa está em abstinência e deseja permanecer neste estado¹⁸. Portanto, serão estudadas síndromes abstêmias, síndromes no processo de recaída e síndromes na participação de terceiros.

Para efeitos deste estudo, a expressão síndrome se caracteriza como um somatório de crenças irracionais ou de esquemas disfuncionais. Então,

¹⁸ Dessa forma, os modelos de síndromes como *Peter Pan* (não querer crescer - imaturidade), *Pollyana* (inocência e desinformação) ou *Gabriela* (renúncia ao autoconhecimento) não serão analisadas aqui.

síndrome é o resultado do somatório de diversas crenças, esquemas, sentimentos, emoções ou pensamentos simultâneos falaciosos, equivocados, irracionais e disfuncionais.



SÍNDROMES ABSTEMIOLÓGICAS RELATADAS NA OBRA ABSTEMIOPATIAS¹⁹:

- (01) SÍNDROME ABSTÊMIA DA MIRAGEM
- (02) SÍNDROME ABSTÊMIA DA TORRE DE BABEL
- (03) SÍNDROME DE CASSANDRA NA ABSTINÊNCIA
- (04) SÍNDROME DA CEGUEIRA DELIBERADA
- (05) SÍNDROME DO SUCESSO ABSTÊMIO
- (06) SÍNDROME ABSTÊMIA DE JONAS
- (07) SÍNDROME ABSTÊMIA DO IMPOSTOR
- (08) SÍNDROME DE *BURNOUT* NO ABSTÊMIO
- (09) SÍNDROME ABSTÊMIA DE REBECA OU CIÚME PELO SUCESSO DO OUTRO ABSTÊMIO
- (010) SÍNDROME ABSTÊMIA DE ESTOCOLMO
- (011) SÍNDROME DA EDIFICAÇÃO ABSTÊMIA DEFICIENTE
- (012) SÍNDROME ABSTÊMIA DE DIÓGENES

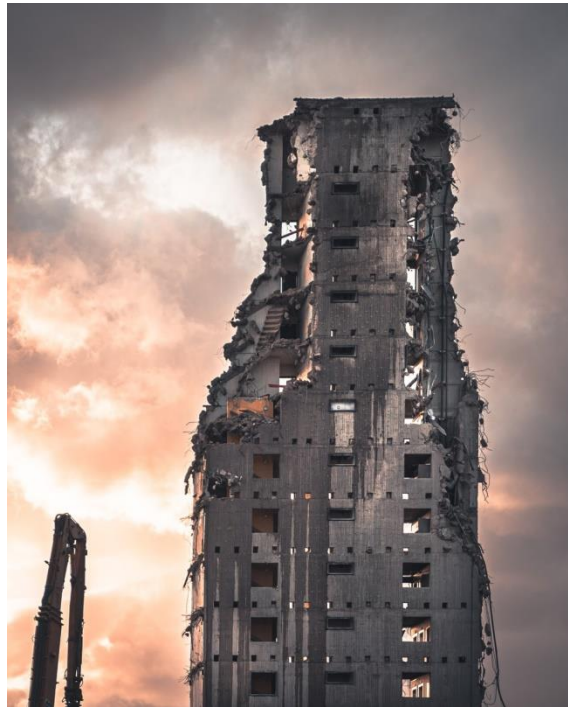
¹⁹ ZIEMMERMANN, Péricles. **ABSTEMIOPATIAS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2021. ISBN 978-85-824583-6-5

- (013) SÍNDROME ABSTÊMIA DE *WANDERLUST*
- (014) SÍNDROME ABSTÊMIA DE INADAPTAÇÃO OU SÍNDROME DE PROCUSTO
- (015) SÍNDROME ABSTÊMIA DA DESAMBIÇÃO
- (016) SÍNDROME DE NICODEMOS APLICADA AO PROCESSO ABSTÊMIO
- (017) SÍNDROME DO IMPACTO DA REALIDADE ABSTÊMIA
- (018) SÍNDROME DA INEFETIVIDADE DAS MEDIDAS PROTETIVAS
- (019) SÍNDROME DO ESPELHAMENTO ENTRE CORPO-FÍSICO E PSÍQUICO
- (020) SÍNDROME DO PORRE SECO
- (021) SÍNDROME DE *COLUMBINE* OU TÉDIO DA ABSTINÊNCIA
- (022) SÍNDROME DE *MÜNCHHAUSEN* NA RECAÍDA
- (023) SÍNDROME DE *MÜNCHHAUSEN* POR PROCURAÇÃO PRATICADA PELOS CUIDADORES
- (024) SÍNDROME DO RETORNO AO NINHO NO PROCESSO ABSTÊMIO
- (025) SÍNDROME DA ALIENAÇÃO PARENTAL APLICADA AO PROCESSO ABSTÊMIO
- (026) SÍNDROME DE *COTARD* NA RECAÍDA
- (027) SÍNDROME ABSTÊMIA DE *WALT DISNEY*
- (028) SÍNDROME DA RECAÍDA DO IMPERADOR OU DA TIRANIA ADICTA
- (029) SÍNDROME ABSTÊMIA DA BARGANHA

SÍNDROME ABSTÊMIA DA TORRE DE BABEL

Você já passou por alguma situação na vida em que precisou pedir orientações sobre como resolver determinado problema para outras pessoas? Agora, imagine que você tenha pedido ajuda para 20 (vinte) pessoas e cada uma delas deu uma sugestão diferente, qual das sugestões você vai acatar? É isso o que ocorre quando o abstinência precisa de ajuda e cada ator que participa do seu processo de abstinência resolve dar uma sugestão diferente. Essa confusão que se forma é conhecida como **síndrome abstinência da torre de**

babel²⁰. Nesse breve estudo vamos entender como isso se desenvolve e como pode ser solucionado.



Exemplificando: o abstêmio deseja comparecer a alguma festividade, mas antes de tomar a decisão pergunta qual é a opinião das pessoas que participam do seu processo de abstinência sobre esse evento. Daí, podemos ter situações como: o **padrinho** pode sugerir que não deve comparecer; o **psicólogo** pode sugerir que deve comparecer desde que use alguma outra técnica de forma concomitante; seus **familiares** lhe dizem para comparecer obrigatoriamente; seus **amigos** sugerem que deve comparecer e que ele pode “beber” desde que seja, apenas, “um pouquinho”; sua **esposa** diz que ele deve comparecer, mas tem hora certa para voltar; e seu **psiquiatra** diz que ele pode comparecer se ingerir medicação ansiolítica antes e depois da festividade. Qual será a decisão a ser tomada pelo abstêmio? Essa confusão e divergência de opiniões é um exemplo da **síndrome abstêmia da torre de babel**.

Essa síndrome é caracterizada pela confusão que se estabelece no abstêmio quando existirem vários **interlocutores de sobriedade**. Quanto mais pessoas

²⁰ Bíblia Sagrada. Gênesis 11:1-9.

estiverem influenciando as decisões do abstinêto, mais conflitos internos ele sentirá. Então, quando outros abstêmios, terapeutas, familiares, psiquiatras, assistentes sociais ou psicólogos apresentam sugestões divergentes sobre o mesmo evento, mais dúvidas e indagações surgirão.

Essa síndrome pode se agravar sobremaneira quando não houver convergência nas opiniões, porém pode ser muito reduzida caso todos os envolvidos tenham sugestões muito similares. Isso ocorre porque fica mais fácil tomar uma decisão quando várias pessoas dão a mesma orientação, mas, por outro lado, caso os envolvidos no processo de abstinência tenham opiniões divergentes a situação se complica. O abstinêto pode sentir uma confusão na linguagem gerada por todos que lhe desejam ajudar de modo que as diversidades dos sistemas de crenças e dos sistemas ideológicos apresentados podem desorientar ou embaralhar o processo abstinêto.

Agora que você já sabe como essa síndrome se manifesta podemos passar para a próxima etapa: como resolvemos essa crise? Para remediar essa síndrome, o abstinêto precisa de autoconhecimento, responsabilidade e lucidez já que somente ele poderá, no final das contas, decidir o que é mais protetivo para si. Recorde-se, além disso, da existência do **princípio do *in dubio pro abstinentia***²¹ que sinaliza ao abstinêto a necessidade de tomar as medidas mais adequadas à manutenção da abstinência evitando colocar-se em situações de risco de forma desnecessária.

Cito algumas características relevantes da **síndrome abstinência da torre de babel**:

- Essa síndrome se manifesta com mais frequência no **início do processo de abstinência** (caráter preliminar) de forma que seu maior impacto se dirige aos abstêmios mais novatos (**abstinêto mínimo e abstemenor**);

²¹ A obra **PRINCÍPIOS ABSTEMIOLÓGICOS** (desse mesmo autor e dessa mesma Editora) discorre acerca de 81 (oitenta e um) princípios relevantes ao início, desenvolvimento e manutenção do processo de abstinência. O **princípio do *in dubio pro abstinentia*** é apresentado em tal livro.

- Para a existência dessa síndrome se faz necessário uma multiplicidade e divergência de opiniões. Já vimos anteriormente que as opiniões no mesmo sentido não geram essa crise. Esse é o caráter da **pluralidade de pessoas e de opiniões**;
- Essa síndrome só pode ocorrer **antes da tomada de decisão (caráter precedente)**, ou seja, quando o abstêmio procura ajuda e opiniões para decidir sobre como deve comportar-se ou agir em determinado momento. Assim, caso o abstêmio já tenha tomado sua decisão a importância dada àquilo que os outros vão lhe dizer não causa essa síndrome porque não existe conflito interno;
- Essa síndrome é frequentemente usada como **desculpa para justificar eventuais recaídas**. Explico: o abstêmio pede a opinião de várias pessoas sobre determinado problema e opta por seguir a opinião **mais incoerente** com o processo de abstinência. Isso é muito comum nos casos em que a pessoa não deseja manter-se em abstinência. Esse é o **caráter ambivalente** dessa síndrome já que pode gerar a manutenção da abstinência ou o retorno ao processo de adicção.
- Existem **modelos de solução de controvérsias** que sugerem a aplicação da **técnica da opinião média**, ou seja, em havendo várias opiniões sobre como comportar-se ou agir, o abstêmio deve aplicar a opinião mediana e que não lhe restrinja e nem lhe exponha a perigos de forma desnecessária. Sinceramente, **não** concordo com essa técnica. Entendo, modestamente, que nesses casos deve ser aplicada a **técnica da opinião mais restritiva** de modo que, em havendo dúvida sobre como comportar-se ou agir, o abstêmio deve aplicar a opinião mais restritiva e que lhe mantenha no processo abstêmio. Penso que nos casos de **abstêmios mais experientes** (abstemaior e mega-abstêmio) podem ser aplicadas outras técnicas para resolver esse conflito, por

exemplo, a já mencionada **técnica da opinião média** ou, até mesmo, a **técnica da opinião elástica**²². Esse é o caráter técnico dessa crise;

- Em regra, a opinião de outro amigo que também seja abstêmio (como no caso dos padrinhos ou madrinhas dos grupos anônimos) sempre terá um **peso maior** na hora da tomada de decisão. Por isso, os abstêmios possuem uma enorme responsabilidade ao darem suas opiniões para outros colegas de sobriedade, sobretudo quando a opinião é direcionada aos mais novos. Esse é o **caráter de efetividade** dessa crise.

Por último, quanto mais pessoas derem opinião e tiverem o poder de influenciar a decisão do abstêmio, mais conflitos serão gerados na sua psique. Por isso, é tão relevante que as opiniões dadas tenham fundamento técnico e sejam condizentes com a manutenção e desenvolvimento do processo de abstinência.



²² A **técnica da opinião elástica** sugere que os abstêmios mais experientes podem expor-se a situações de risco e de perigo desde que sejam por curto período de tempo. Assim, havendo várias opiniões sobre como o abstêmio deve agir ou comportar-se ele pode optar pela opinião que lhe traga mais riscos de perda da abstinência. Para aplicar essa técnica são necessários, no mínimo, três requisitos: multiplicidade/divergência de opiniões, lapso temporal abstêmio extenso (muito extenso) e exposição às situações de risco por curtíssimo período.



REFERÊNCIAS

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

ZIEMMERMANN, Péricles. **PRINCÍPIOS ABSTEMIOLÓGICOS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2018. ISBN 978-85-824565-3-8

ZIEMMERMANN, Péricles. **TEORIAS ABSTEMIOLÓGICAS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2019. ISBN 978-85-824566-2-0

ZIEMMERMANN, Péricles. **ITINERÁRIOS ABSTEMIOLÓGICOS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2020. ISBN 978-85-924432-3-8

ZIEMMERMANN, Péricles. **ABSTEMIOPATIAS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2021. ISBN 978-85-824583-6-5

DEMAIS REFERÊNCIAS

AFORNALI, M. A.; MESTRES, Raphael. **Por trás da aparência singela de mãe: uma nova visão sobre o papel da mãe e suas consequências mais extremas**. 2ª Edição. Curitiba/PR: Edição do autor, 2015.

AGUIAR, Túlio Roberto Xavier de. Tentativa e Erro: **O que isto pode nos ensinar sobre o Conhecimento Científico?**. Cognitio: Revista de Filosofia, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 11-19, jan. 2013. ISSN 2316-5278.

ALVES, Ana Paula Teixeira. **Alcoolismo paterno comportamento/rendimento escolar dos filhos: contribuição para o seu estudo**. Universidade do Porto/Portugal: Faculdade de Medicina, 2003. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto sob a orientação do Prof. Dr. António Pacheco Palha.

ASQUINI, Alberto. Perfis da Empresa. Tradução de Fábio Konder Comparato. **Revista de Direito Mercantil**: vol. 104, out-dez/1996, págs. 109/126.

BERTAGNOLLI, Ana Cristina; KRISTENSEN, Christian Haag; BAKOS, Daniela Schneider. Dependência de álcool e recaída: considerações sobre a tomada de decisão. **Aletheia**, Canoas, n. 43-44, p. 188-202, ago. 2014.

BURTON, Neel. **O mundo de Platão: a vida e a obra de um dos maiores filósofos de todos os tempos**. Trad. Mário Molina. São Paulo: Cultrix, 2013.

CABRAL, Igor. **Serenarium: Ferramenta de Potencialização da Invéxis**.

Revista Conscienciologia Aplicada – nº 10 – N. 08 – 2010.

CURY, Augusto. **Ansiedade: como enfrentar o mal do século. A síndrome do pensamento acelerado: como e por que a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças aos adultos.** 1ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2014.

DE OLIVEIRA, Amanda Silva; KONZEN, Paulo Roberto. O que é esclarecimento em IMMANUEL KANT. **Revista Opinião Filosófica**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 263-296, fev. 2019. ISSN 2178-1176.

DUHIGG, Charles. **O poder do hábito: por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios.** Trad.: Rafael Mantovani. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

FRANKL, Viktor. **A questão do sentido em psicoterapia.** Campinas: Papyrus, 1990.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GAIARSA, José Ângelo. **O corpo e a terra.** São Paulo: Ícone, 1991.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional.** Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOMES, Bruno Ramos; SILVA, Nathália Oliveira da; FERREIRA, Raul Carvalho Nin. **DROGAS E DIREITOS HUMANOS É DE LEI.** Centro de Convivência É de Lei, 2015.

LEANDRO FERREIRA, M.C. **Da ambiguidade ao equívoco a resistência da língua nos limites da sintaxe e do discurso.** Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.

MARINOFF, Lou. **Mais Platão, menos prozac.** Trad.: Ana Luíza Borges. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MELLO, Solange Quintão Vaz de. **Trabalho escravo no Brasil: a nova face de um antigo dilema.** Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasília, 2005.

MESTRES, Raphael; AFORNALI, M. A. **Não dá nada? Temas polêmicos sobre a maconha e outras drogas.** Curitiba/PR: Edição do autor, 2015.

PAULA NETO, Otavino Candido de. **O exame socrático (ἐξέτασις) da temperança (σωφροσύνη) no Carmides de Platão.** 2013. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

PETRY, Jacob. **O óbvio que ignoramos**. São Paulo: Planeta, 2016.

PIAGET, Jean. **Biologia e conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PINTO, Ênio Brito. **Espiritualidade e religiosidade: articulações**. Revista de Estudos da Religião: dezembro 2009, pp. 68-83, ISSN 1677-1222.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C.; DICLEMENTE, C. C. **Mudar para Melhor**. Barcarena: Marcador Editora, 1994.

ROSNER, Stanley; HERMES, Patricia. **O Ciclo da Autossabotagem**. Trad. Eduardo Rieche. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Best Seller, 2016.

SANTOS, Nara Cristina. **Autopoiese: uma possível referência para compreender a arte como sistema**. 16º Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisadores de Artes Plásticas (XVI ANAPAP). Dinâmicas Epistemológicas em Artes Visuais – 24 a 28 de setembro de 2007 – Florianópolis, p. 433-441.

TALEB, Nassim Nicholas. **Antifrágil**. Tradução: Eduardo Rieche. 17ª Ed. Rio de Janeiro: Best Business, 2019.

VIEIRA, Waldo. **Redutor do Autodiscernimento**. Enciclopédia da Conscienciologia. Especialidade: Holomaturologia. Tematologia: Nosográfico. Verbetógrafo: Waldo Vieira. Tertúlia 607. Data 28/07/2007. Ref. 9ª Edição, Vol. 23, p. 19252 a 19255.

YALOM, Irvin. **Quando Nietzsche chorou**. Trad. Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Agir, 2015.

YOUNG, Valerie. **The secret thoughts of successful women: why capable people suffer from the impostor syndrome and how to thrive in spite of it**. New York: Crown Business, 2011.

ZIEMMERMANN, Péricles. **PRINCÍPIOS ABSTEMIOLÓGICOS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2018. ISBN 978-85-824565-3-8

ZIEMMERMANN, Péricles. **TEORIAS ABSTEMIOLÓGICAS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2019. ISBN 978-85-824566-2-0

ZIEMMERMANN, Péricles. **ITINERÁRIOS ABSTEMIOLÓGICOS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2020. ISBN 978-85-924432-3-8

ZIEMMERMANN, Péricles. **ABSTEMIOPATIAS**. Porto Alegre/RS: Editora Simplíssimo, 2021. ISBN 978-85-824583-6-5





SOBRE O AUTOR



PÉRICLES ZIEMMERMANN nasceu em 11 de julho de 1975 na Cidade de Porto Alegre/RS, mas reside atualmente em Curitiba/PR. Bacharel em Direito e especialista em diversas áreas. Participante ativo de grupos abstêmios há mais de 12 anos. Pesquisador de temas abstemiológicos. Dedicar-se a estudar e fomentar os valores da abstinência que devem reger o cotidiano de todos aqueles que se envolveram com uso abusivo de drogas/álcool. Atua de forma voluntária e solidária como reeducador abstêmio em grupos anônimos e clínicas, ministrando palestras para dependentes e familiares. Defensor da mudança de foco do estudo da adicção para o estudo da abstinência. Idealizador do site <<https://abstemiologia.com>>.

