



APOSTILA ABSTEMIOLÓGICA

VOCÊ TEM SEDE DE QUÊ?

**PÉRICLES ZIEMMERMANN
2021**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO ÀS TEORIAS ABSTEMIOLÓGICAS	03
1.1	Teoria poliédrica da adicção	03
1.2	Teoria do pêndulo abstêmio	08
1.3	Teoria do lastro abstêmio	11
2	INTRODUÇÃO AOS PRINCÍPIOS ABSTEMIOLÓGICOS	16
2.1	Princípio da prioridade absoluta	16
2.2	Princípio da assunção	17
2.3	Princípio da influência do comportamento abstêmio	18
2.4	Princípio da intervenção precoce	19
2.5	Princípio segurança ou princípio da zona de preservação permanente	19
3	INTRODUÇÃO AOS MODELOS DE ABSTINÊNCIA	21
3.1	Dissidência abstêmia	21
3.2	Abstinência originária e "homo abstemius purus"	22
4	INTRODUÇÃO AOS ITINERÁRIOS ABSTEMIOLÓGICOS	27
4.1	Apresentação dos 16 (dezesesseis) vértices da escada abstêmia	27
5	INTRODUÇÃO ÀS ABSTEMIOPATIAS	32
5.1	Introdução às síndromes abstêmias	32
5.2	Síndrome da cegueira deliberada	34
5.3	Síndrome do sucesso abstêmio	37
	REFERÊNCIAS	40
	SOBRE O AUTOR	43



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
	ABSTINENTE ABSTINÊNCIA SOBRIEDADE			

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 DO PÊNDULO ABSTÊMIO⁴

Antes de analisar a **teoria do pêndulo abstêmio** é necessário entender outro tema, qual seja, a amplitude da jornada abstêmia. A ideia de **amplitude abstêmia** se relaciona com os limites do caminho abstêmio, ou seja, a elasticidade do processo abstêmio. Quando o abstêmio estiver muito próximo de retornar ao processo de adicção ele estará no **limite abstêmio inferior ou anterior**. Por outro lado, quando o abstêmio estiver se aproximando da pós-

⁴ Tema apresentado no Livro e Ebook:
ZIEMMERMANN, Péricles. **Teorias abstemiológicas**. 1ª ed. Curitiba/PR: Edição do autor, 2019. 151 p.; 14 X 21 cm. ISBN: 978-85-924432-2-1. Distribuído pela Editora Simplíssimo.

abstinência⁵ ele estará no **limite abstêmio superior ou posterior**⁶.

O **limite abstêmio inferior** ocorre quando o abstêmio necessita aplicar técnicas muito específicas e se tais técnicas não forem utilizadas corretamente redundam, infalivelmente, na recondução ao processo de adicção (recaída). Por exemplo, as técnicas do “evite o primeiro gole” e do “só por hoje” indicam que se o abstêmio as descumprir estará ultrapassando o limite abstêmio inferior e voltando ao processo de adicção.

Na outra ponta, o **limite abstêmio superior** ocorre quando o abstêmio aplica técnicas para permanecer no caminho natural do processo abstêmio. Então, como exemplos, as técnicas da “carta de gratidão” e do “12º passo” representam um abstêmio que está se dirigindo ao flanco da pós-abstinência.

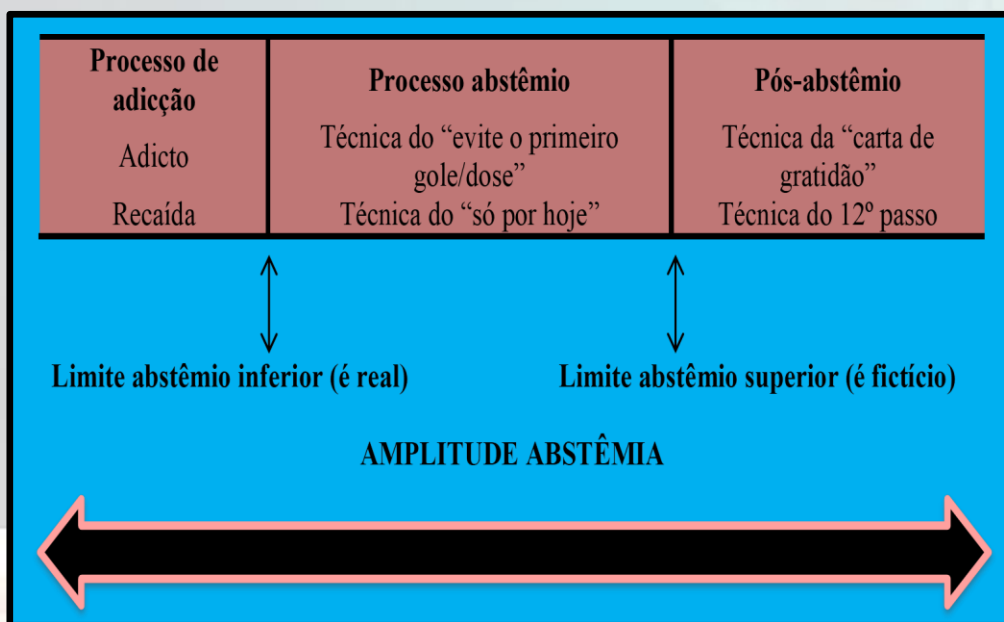
Assim, é possível entender que a abstinência tem duas extremidades: a inferior que representa o momento que antecede à recaída e a superior que corresponde ao âmbito da pós-abstinência. Para concluir, é preciso explicar que o limite abstêmio inferior – ou anterior – é REAL já que se for ultrapassado fará com que a pessoa seja reinserida no processo adicto. Contudo, o limite abstêmio superior – ou posterior – é FICTÍCIO ou MERAMENTE TEÓRICO porque se for ultrapassado em nada mudará a vida abstêmia. O limite abstêmio superior é apenas um indicativo de que a pessoa está percorrendo o caminho da abstinência de forma coerente e coesa.

Agora, retomando o tema, a **TEORIA DO PÊNDULO ABSTÊMIO** significa que o vetor da abstinência é variável e pode, ora estar próximo ao limite abstêmio inferior, ora no limite abstêmio superior. No início do processo abstêmio a pessoa ainda está cronologicamente muito próxima do limite inferior, porém depois de vários anos em abstinência a pessoa pode está se aproximando do limite superior. O mesmo ocorre com as aplicações de técnicas que, como

⁵ Como no caso do mega-abstêmio que consiste na classificação de abstêmio que ultrapassou o Ponto Ziemmermann (Ponto “Z”). O pós-abstêmio é a pessoa que está em abstinência há tanto tempo que já ultrapassou o somatório de todo o período em que esteve em drogadição.

⁶ Esses temas também estão apresentados no Livro e Ebook:
ZIEMMERMANN, Péricles. **Princípios abstemiológicos**. 1ª ed. Curitiba/PR: Edição do autor, 2019. 165 p.; 14 X 21 cm. ISBN 978-85-924432-1-4. Distribuído pela Editora Simplíssimo.

visto, podem estar relacionadas ao limite anterior ou ao limite posterior.



Quadro: Amplitude abstêmia e seus limites.

Dessa forma, a jornada abstêmia sofre os efeitos da **pendulação no tempo (cronológica)** e na **aplicação de técnicas (metodológica)** sendo ambas relativamente independentes. Por exemplo, a pessoa pode ter muitos anos de abstinência (**pendulação cronológica positiva**), porém estar passando por dificuldades e, para isso, optou em aplicar a técnica de internamento preventivo (**pendulação metodológica muito restritiva**). O inverso também pode ocorrer: a pessoa está com pouco tempo de abstinência (**pendulação cronológica negativa**), contudo participa de grupos anônimos e recepciona novos integrantes prestando assistência a eles (**pendulação metodológica positiva pela aplicação do 12º passo**). Nestes exemplos, a pendulação é independente.

Porém, na prática, as pendulações (cronológica e metodológica) são relativamente independentes porque aqueles que possuem pouco tempo abstêmio (pendulação cronológica negativa) também possuem uma pendulação metodológica muito restritiva, e vice-versa.

TEORIA DO LASTRO ABSTÊMIO⁷

O lastro abstêmio⁸ corresponde ao período em que o abstêmio permaneceu em processo de abstinência dividido pelo número de recaídas (reintoxicação física) que ocorreram durante sua jornada abstêmia. **O período de sobriedade anterior à recaída – aqui entendida apenas como a reintoxicação física – forma um lastro capaz de dar sustentação à futura abstinência que virá após a desintoxicação.**

Por exemplo, se a pessoa ficou 10 (dez) anos em abstinência e recaiu ela terá muito mais condição de voltar ao caminho abstêmio do que aquele que ficou 02 (dois) anos em abstinência e recaiu. **Então, pensar que o período de abstinência anterior à recaída está completamente “perdido” não é uma premissa verdadeira.** Esse lastro abstêmio corresponde a tudo que foi realizado enquanto a pessoa estava abstêmia, por exemplo: novos circuitos neuronais, melhoras do quadro clínico, novas amizades, superação de defeitos de caráter, aumento da espiritualidade, relacionamentos afetivos mais saudáveis, emoções de tristeza e felicidade sem uso de drogas/álcool, enfim tudo que ocorreu durante o período de abstinência que antecedeu o processo de recaída. **Esse lastro abstêmio que ajudará ao retorno da abstinência é diretamente proporcional ao tempo de abstinência antes de recair, ou seja, quanto maior for o período de abstinência antes da recaída maiores serão as chances da pessoa realinhar-se ao processo abstêmio novamente.** O resultado do lastro abstêmio pode demonstrar em que fase da escada abstêmia⁹ a pessoa se encontra atualmente.

⁷ Tema apresentado no Livro e Ebook:

ZIEMMERMANN, Péricles. **Teorias abstemiológicas**. 1ª ed. Curitiba/PR: Edição do autor, 2019. 151 p.; 14 X 21 cm. ISBN: 978-85-924432-2-1. Distribuído pela Editora Simplíssimo.

⁸ Esses temas também estão apresentados no Livro e Ebook:

ZIEMMERMANN, Péricles. **Princípios abstemiológicos**. 1ª ed. Curitiba/PR: Edição do autor, 2019. 165 p.; 14 X 21 cm. ISBN 978-85-924432-1-4. Distribuído pela Editora Simplíssimo.

⁹ **Escada da abstinência ou escada abstêmia:** modelo teórico proposto para estudar os diversos ciclos pelos quais passa a pessoa adicta e o abstêmio. É a síntese gráfica das etapas do processo de adicção e do processo abstêmio. É composta de degraus (etapas), vértices (pontos) e períodos (delays).

FORMAS DE CALCULAR O LASTRO ABSTÊMIO

É possível calcular, matematicamente, o LASTRO ABSTÊMIO. Para isso, basta utilizar o **período de abstinência anterior à recaída** (desde que seja superior a 02 ou 03 anos) e dividir pelo resultado do somatório do **número de segurança** com o **número de recaídas** durante o processo abstêmio. Assim, teremos:

PERÍODO DE ABSTINÊNCIA ANTERIOR À RECAÍDA, DESDE QUE SEJA SUPERIOR A 02 OU 03 ANOS	÷	NÚMERO DE SEGURANÇA +	NÚMERO DE RECAÍDAS DURANTE O PROCESSO ABSTÊMIO	=	LASTRO ABSTÊMIO
---	---	---------------------------------	--	---	--------------------

ENTENDENDO OS ELEMENTOS DA FÓRMULA DO LASTRO ABSTÊMIO

O **período de abstinência anterior à recaída** (dividendo) corresponde ao período de abstinência que a pessoa possui. Se o abstêmio tem 08 (oito) anos de abstinência esse será o numeral do dividendo. Aqui cabe um pequeno detalhe: só será computado como período abstêmio (dividendo) o tempo de abstinência da pessoa que tiver superado 02 ou 03 anos, ou seja, só entrará na fórmula do cálculo do lastro abstêmio aquele abstêmio que for considerado abstemaior, abstemaior real ou mega-abstêmio. Os abstêmios que tenham períodos de abstinência inferiores ao ponto “R+2 ou R+3” não possuem lastro abstêmio porque não tem período abstêmio anterior à recaída capaz de ser inserido no dividendo da equação do lastro abstêmio. O tempo de abstinência de 02 ou 03 anos é muito pequeno para conseguir calcular o lastro abstêmio e, mesmo que isso fosse possível, o abstêmio permaneceria como sendo abstemenor, ou seja, não haveria motivo lógico para efetuar o cálculo do lastro.

Por sua vez, o divisor corresponde à soma do **número de segurança** com o

número de recaídas. O **número de segurança** representa um acréscimo no denominador para poder dar mais segurança ao valor que será obtido pelo lastro abstêmio já que o resultado do lastro será deslocado para menos. Em regra, o **número de segurança** é o numeral “01” (um) que pode ser substituído por outro numeral para poder dar mais rigor ao lastro abstêmio. Assim, por exemplo, se utilizar como número de segurança o valor “02”, “03” ou, até mesmo, “04”, teremos um divisor maior e, conseqüentemente, um lastro abstêmio menor. **Esse número de segurança irá variar conforme o nível de efeitos produzidos pela recaída de modo que a recaída com efeitos gravíssimos, graves ou moderados poderá ter números de segurança variáveis.**

O outro elemento, também divisor, da equação do lastro abstêmio é, simplesmente, o **número de recaídas** do abstêmio, desde que tenha havido reintoxicação física.

Após a (re)desintoxicação do abstêmio, o novo período de abstinência que se iniciará indica em que momento do processo abstêmio a pessoa se encontra conforme o resultado obtido pelo quociente da equação.

Exemplificando: se o abstêmio contava com 10 (dez) anos de abstinência e recaiu, terá: $10/1+1$, ou seja, 05 anos de lastro abstêmio que corresponde ao abstêmio maior. E, se recair novamente, terá, após a desintoxicação, $10/1+2$, ou seja, seu lastro abstêmio será de 03 anos e quatro meses que, também, ainda, corresponde ao período de abstêmio maior. Entretanto, se recair novamente terá: $10/1+3$, ou seja, 02 anos e seis meses, de modo que pode ser considerado com sendo abstemenor. Assim, cada recaída indica que o abstêmio está regredindo em sua evolução abstêmia podendo a reduzir seu S.I.A.+ de forma acentuada. Nesses cálculos, ora exemplificados, foi utilizado como número de segurança o valor “1”, porém todos os cálculos podem ser refeitos com o valor “2”, “3” ou “4” e, conseqüentemente, o lastro abstêmio que será obtido será muito menor. Desse modo, podemos chegar a algumas conclusões interessantes:

1. Quanto maior o período de abstinência (numerador) e menor o número de recaídas (denominador) maior será o lastro abstêmio já que o abstêmio estará a mais tempo inserido no S.I.A.+.

2. A **síndrome das recaídas sucessivas**¹⁰ afetará diretamente o lastro abstêmio já que poderá reduzi-lo drasticamente porque aumenta o divisor da equação.

3. O resultado do lastro abstêmio pode indicar em que fase da abstinência se encontra a pessoa da seguinte forma:

- Se, **Lastro abstêmio < 02 ou 03 anos**, fase de abstêmio menor ou, nos casos mais graves, abstêmio mínimo. O abstêmio pode ter retornado ao S.I.N. ou, até mesmo, ao S.I.A.-.

- Se, **Lastro abstêmio > 02 ou 03 anos**, fase de abstêmio maior de modo que o abstêmio ainda está no S.I.A.+.

- Se, **Lastro abstêmio > todo o período de drogadição**, o abstêmio ainda está na fase do pós-abstêmio e com S.I.A.++.

4. O tamanho do lastro abstêmio pode corresponder, até mesmo, a alguém que esteja no período pós-abstêmio desde que superado o ponto “Z”. De fato, o pós-abstêmio é alguém que possui, em regra, um enorme lastro abstêmio.

5. O **número de segurança** mais elevado está relacionado com o nível dos efeitos produzidos pelo processo de recaída, ou seja, se o processo de recaída gerou **efeitos gravíssimos, graves ou moderados** pode-se utilizar, como segurança, os números “04”, “03” ou “02”, respectivamente.¹¹ Isso irá reduzir o lastro e, provavelmente, reclassificar o abstêmio dentro da escada abstêmia.

6. Como somente poderá se utilizado no numerador da fórmula do lastro abstêmio o período de abstinência superior a “R+2 ou R+3” pode-se concluir que o **lastro abstêmio mínimo será 01 (um)** porque representa o menor período abstêmio (que é 02 anos), o menor número de segurança (que é 01 para os casos em que os efeitos da recaída foram muito moderados) e apenas uma recaída (01), ou seja, 02/01+01. De fato, a fórmula 02/01+01 representa o

¹⁰ Também conhecida como síndrome de recaídas em cadeia ou recaídas continuadas.

¹¹ Ver, nesta obra, o tema “Teoria do nível dos efeitos da recaída”.

menor lastro abstêmio e é indicativa do abstemenor, ou seja, o abstêmio com sistema ideológico neutro (S.I.N.).

A intenção e o motivo de calcular o lastro abstêmio¹² se baseiam no fato de que, através do resultado obtido, podemos dar ao abstêmio uma forma lógica e racional de lhe demonstrar que sua abstinência ficou no passado e que ele está regredindo ou, pelo contrário, de que mesmo após ter recaído ele ainda pode ser enquadrado como abstêmio e continuar sua vida sem maiores preocupações posto que estará inserido no S.I.A.+.



¹² De fato, o lastro abstêmio é um excelente **quantificador abstêmio**.



INTRODUÇÃO AOS PRINCÍPIOS ABSTEMIOLÓGICOS

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 a apenas efeito gerado por essa causa¹³.

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**.

¹³ 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 vai evitar praticar atividade física quando estiver com fissura para não cansar em demasia e aumentar seu nível de estresse.

❖ 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 INFLUÊNCIA DO COMPORTAMENTO ABSTÊMIO

O abstêmio tem grande capacidade de influir no comportamento dos outros abstêmios. De fato, aquele que está passando pelo processo de abstinência tende a ouvir muito mais o abstêmio do que seus próprios terapeutas. **Na doutrina dos grupos anônimos existe um raciocínio que afirma que “nada tende a ser mais inútil ao abstêmio do que aqueles que não foram adictos lhe pedindo para parar de usar drogas/álcool”. Realmente, na prática, a influência de quem já foi adicto sobre aqueles que ainda são adictos é enorme.** Por isso, a reunião de grupo de ajuda mútua tende a gerar grandes efeitos sobre o comportamento abstêmio, principalmente quando for possível apresentar *feedbacks*. O *feedback* do abstêmio para seu colega tende a ser muito persuadível¹⁴. Enquanto o princípio do *strongly suggest* indica a força das sugestões, o princípio da influência do comportamento indica a aceitação das sugestões, de modo que esse é corolário daquele.

¹⁴ Ver, nessa obra, informações sobre o PRINCÍPIO DO *STRONGLY SUGGEST* (FORÇA DA SUGESTÃO).

PRINCÍPIO DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Quanto antes se der a intervenção no processo de adicção, melhor para todos os envolvidos e menores serão os danos gerados pela adicção. De fato, quanto mais tempo demorar para ocorrer a intervenção¹⁵, maiores serão as comorbidades, as desgraças, os danos financeiros e o desgaste emocional. A exposição interventiva não é o fim da adicção, mas sinaliza o esboço de que existe um processo de drogadição muito acentuado e de que a pessoa submetida a ele precisa fazer alguma coisa ou aceitar ajuda para solucionar esse problema.

PRINCÍPIO DA SEGURANÇA OU PRINCÍPIO DA ZONA DE PRESERVAÇÃO PERMANENTE

Existe uma zona de preservação onde o abstêmio deve se sentir seguro e imune às inquietações do dia a dia. O abstêmio deve correr para essa zona sempre que se sentir ameaçado de perder a abstinência. Essa zona de segurança é onde o equilíbrio emocional mínimo se restabelece. A experiência demonstra que pessoas com longos períodos de abstinência possuem uma esfera permanente de proteção. O objetivo dessa segurança é combater a culpa, raiva e medo que integram a triângulo da auto-obsessão. Por exemplo, alguns abstêmios tendem a utilizar técnicas medicamentosas e ingerem determinados tipos de medicamentos para abaixarem sua ansiedade (ansiolíticos) a cada período de 60 (sessenta) dias (técnica do ciclo medicamentoso). Em outro exemplo, existem abstêmios que a cada 60

¹⁵ A intervenção é o momento em que se apresenta o processo de adicção ao adicto (heteroexposição interventiva) ou, em casos mais raros, quando o adicto apresenta seu processo de adicção para seus familiares ou terceiros (autoexposição interventiva). A intervenção é a antessala do processo abstêmio, já que não existe processo de abstinência sem essa exposição. Porém, mesmo havendo essa exposição, a pessoa pode nunca iniciar o processo abstêmio. Esse momento é representado como sendo o Ponto "E" na escada abstêmia.

(sessenta) dias se submetem a um ciclo de várias reuniões de grupos anônimos de forma ininterrupta (técnica do ciclo de revigoração abstêmio). Esses são modelos de zonas de preservação e da aplicação prática do princípio da segurança.





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 adicção¹⁶. 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

¹⁶ 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 ORIGINÁRIA E "HOMO ABSTEMIUS PURUS"

A grande maioria das pessoas nasce com abstinência de drogas/álcool, ou seja, em regra, a pessoa nasce abstêmia. Contudo, durante o desenvolvimento humano as pessoas tendem a perder sua **ABSTINÊNCIA ORIGINÁRIA** ao fazerem uso de drogas/álcool. Esse, inclusive, é o modelo que predomina atualmente na sociedade ocidental e, sobretudo, na sociedade brasileira. Assim, o mero usuário, o usuário abusivo e o adicto são pessoas que **NÃO** possuem mais suas abstinências originárias. Porém, algumas pessoas decidem **INTERROMPER** o uso de drogas/álcool de maneira definitiva e, com

isso, retomam sua abstinência. Essa nova abstinência que surge após a perda da abstinência originária é denominada ABSTINÊNCIA DERIVADA.

ABSTINÊNCIA ORIGINÁRIA “HOMO ABSTEMIUS PURUS”

- ✓ **PRINCÍPIO DA DÚPLICE NATUREZA ABSTÊMIA**
- ✓ **ABSTINÊNCIA ORIGINÁRIA, NATURAL OU PRIMÁRIA**
- ✓ **ABSTINÊNCIA DERIVADA OU SECUNDÁRIA**
- ✓ **INTERROMPER É DIFERENTE DE SUSPENDER**

www.abstemologia.com

Vamos entender um pouco mais sobre o tema?

Como dito antes, existem duas abstinências: a originária, natural ou primária que surge no nascimento de cada ser humano e a derivada ou secundária que surge após a drogadição, se consolidando através do desenvolvimento do processo abstêmio.

A natureza do ser humano é abstêmia, e não adicta. Ninguém nasce fadado a desenvolver o processo de adicção. Nascemos com natureza abstêmia e direcionados a viver uma vida em abstinência. Isso indica que a abstinência é originária e natural ao ser humano. É esse o raciocínio utilizado para definir, como se verá adiante, o homo abstemius purus.

Assim sendo, via de regra, a pessoa nasce abstêmia e pode ser denominada homo abstemius purus. Existem casos específicos que algumas pessoas não conseguem nascer abstêmias. Cito o exemplo de filhos (neonatos) de mulheres que usaram drogas/álcool durante a gravidez. Nesses casos temos o nascimento de uma criança sem abstinência primária. Isso é lamentável, mas muito comum. Quando mencionamos sobre neonatos que nascem sem abstinência primária as pessoas, em geral, imaginam crianças filhas de usuárias de drogas ilícitas ou drogas “pesadas”. Entretanto, sugiro ao nobre leitor que imagine o número de crianças que nascem de mães fumantes ou consumidoras de álcool durante a gravidez. Essas crianças também nascem sem abstinência primária. Apesar disso tudo, felizmente, isso é a exceção e não a regra. Na prática, a grande maioria das crianças nasce com abstinência primária.

Quanto às pessoas que usam drogas/álcool, para a abstemiologia, utilizamos uma classificação bem singela de modo a compreendê-las como sendo: **MERO USUÁRIO, USUÁRIO ABUSIVO e ADICTO**. Todas essas pessoas usam drogas/álcool e se distinguem apenas em relação à quantidade, intensidade e tempo de uso.

Quanto ao adicto em si, compreendemos que é simplesmente uma pessoa que tem/sofre de adicção. Por sua vez, a natureza da adicção é noogênica, ou seja, há ausência de sentido interno no indivíduo e tal sentido só pode ser alcançado de modo espiritual. O oposto de adicção não é abstinência, é espiritualidade. Não existe adicto espiritualizado porque espiritualidade e adicção estão em lados opostos[1]. As técnicas dos 12 (doze) passos, do evite e do procure, os insights de primeiro e de segundo grau, os grupos anônimos, os princípios abstêmios, as formas de abstinência e das recaídas, enfim, tudo que se relaciona ao processo abstêmio tem como base fundamental, como centro orgânico e inexorável, a busca pelo autoconhecimento. O objetivo "abstinência", quando derivado de um anterior processo de adicção, só será alcançado pelo aprofundamento no autoconhecimento. Assim, uma vez perdida a abstinência originária ela poderá ser recuperada através da autognose.

ENTENDA ISSO: o **PRINCÍPIO DA DÚPLICE NATUREZA ABSTÊMIA** nos revela que a abstinência possui duas naturezas: a primeira, informa que a abstinência é **originária ou natural do ser humano**; a segunda, afirma que a abstinência se fundamenta no **autoconhecimento**, ou seja, em critérios **autognósticos**. Em outras palavras, a natureza da abstinência é natural (**abstinência originária**) e, uma vez perdida, poderá ser recuperada pelo desenvolvimento do autoconhecimento (**abstinência derivada**).

DETALHE TÉCNICO: não entendo que a abstinência derivada tenha o mesmo conteúdo material da abstinência originária. Quem nasce abstêmio e vive uma vida sem usar drogas/álcool possui uma abstinência muito diferente daqueles que já usaram drogas/álcool, mas **INTERROMPERAM** a drogadição. Por isso, a abstinência originária, uma vez perdida, **NÃO** pode ser readquirida.

OUTRA QUESTÃO TÉCNICA: utilizo a expressão **INTERROMPER** o uso de drogas/álcool para àqueles que pararam efetivamente de usar droga/álcool, ou seja, são pessoas que desejam permanecerem longos períodos em abstinência. Por outro lado, a expressão **SUSPENDER** se refere às pessoas que não desejam parar de maneira efetiva o consumo de drogas/álcool, ou seja, pessoas que ficam sem usar drogas/álcool por curtíssimos períodos. Assim, o abstêmio é quem **INTERROMPEU** o uso de drogas/álcool. Noutra toada, temos o mero usuário, o usuário abusivo e o adicto como sendo pessoas que simplesmente **SUSPENDEM** o uso de drogas/álcool por certo lapso temporal.

Existem muitos exemplos de pessoas que conservam a **ABSTINÊNCIA ORIGINÁRIA** durante toda sua vida, por exemplo, filhos(as) de pais usuários de drogas/álcool podem possuir uma verdadeira aversão ao consumo de tais substâncias; filhos(as) de pais religiosos; filhos(as) de pais atletas ou pessoas que decidiram morar/viver em outros países onde o consumo de drogas/álcool é muito combatido e reduzido (Oriente Médio, por exemplo). Na outra ponta,

temos como exemplos de **ABSTÊMIOS DERIVADOS**¹⁷: pessoas que desenvolveram a adicção e conseguiram **INTERROMPER** o uso; pessoas que tiveram problemas sociais e optaram por **INTERROMPER** o uso; ou, pessoas que usaram drogas/álcool, mas simplesmente não "gostaram" dos efeitos gerados e optaram pelo caminho da abstinência.



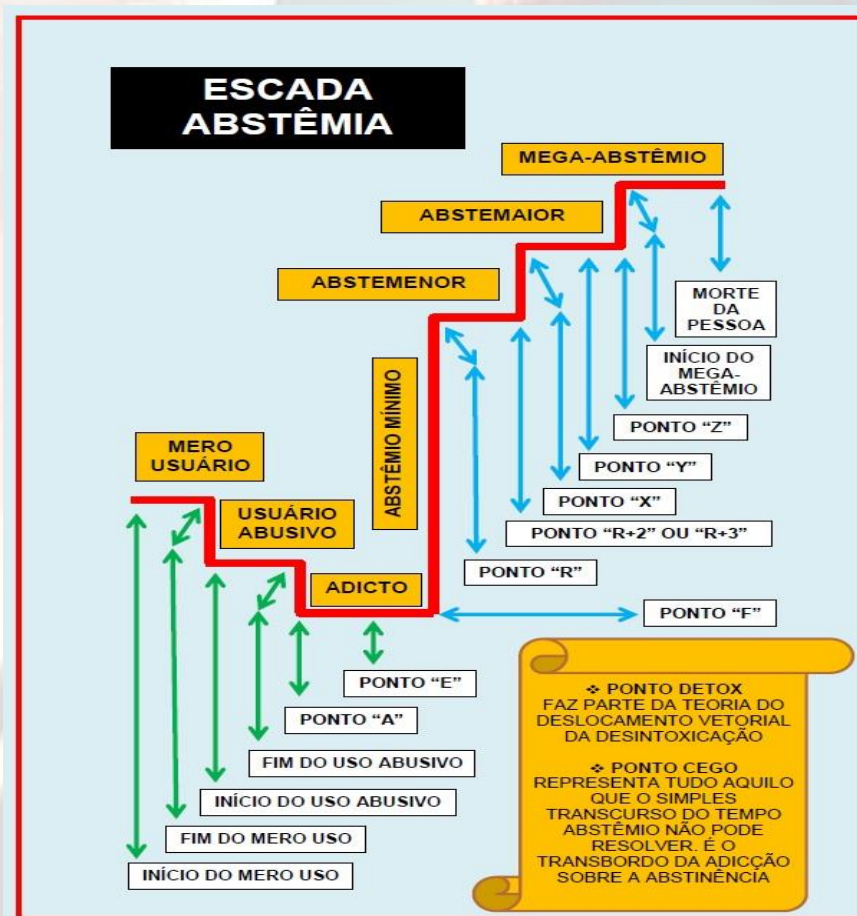
¹⁷ Exemplo real: Conheço uma pessoa (mulher, casada, meia-idade) que era usuária abusiva e, após ingerir bebida alcoólica, envolveu-se num acidente automobilístico. Esse fato, por si só, foi tão traumático que gerou nela uma abstinência derivada, ou seja, nunca mais ela usou drogas/álcool.



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 exista¹⁸, 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”

¹⁸ 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 Yintang¹⁹ ou PONTO “Y”**: é o momento em que o período de

¹⁹ 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 adicção²⁰.

(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

²⁰ 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

abstemologia.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 estado²¹. 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,

²¹ 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.

MODELO GERAL DE SÍNDROME ABSTÊMIA

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

= SÍNDROME ABSTÊMIA

SÍNDROMES ABSTEMIOLÓGICAS RELATADAS NA OBRA ABSTEMIOPATIAS²²:

- (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

²² 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 DA CEGUEIRA DELIBERADA

A **síndrome da cegueira deliberada** também é conhecida como **síndrome do avestruz**²³ ou **síndrome do modelo abstemiológico da negação familiar**.

Constantemente, os familiares que possuem parentes adictos relatam que sentem “culpa” por terem demorado tanto tempo para ajudar seu ente querido.

²³ Sabemos que o fato do avestruz colocar sua cabeça num buraco quando está com medo não passa de lenda, mas utilizamos essa expressão apenas como forma de facilitar a compreensão do problema através de uma crendice popular já muito disseminada no seio social.

Veremos, através desse breve estudo, que essa sensação de culpa é um fenômeno comum e ocorre com praticamente todas as famílias.

Exemplificando, os familiares resolvem realizar uma **intervenção** e apresentar o processo de adicção ao seu ente querido²⁴. Durante a intervenção os familiares explicam ao adicto que o amam, mas que não conseguem mais conviver com a sua autodestruição. Esse momento é muito comovente e carregado do ponto de vista emocional com sentimentos confusos. Após decidirem ajudar seu ente querido adicto a iniciar seu o processo de abstinência, os familiares se perguntam por qual motivo não intervieram antes. Essa dúvida gera, entre eles, um sentimento de culpa e, normalmente, apontam-se dedos uns contra os outros na tentativa de encontrar culpados. Isso já aconteceu com sua família?



Para começar a discussão informo, antecipadamente, que não existem culpados. Tentar encontrar culpados pela adicção dos outros é a mesma coisa que procurar por agulha no palheiro. A adicção é multifatorial e, via de regra, não dependente de atos isolados, mas de uma cadeia interminável de sucessivos atos capazes de conduzir a pessoa até o universo adicto. Só para exemplificar, é possível identificar atos adictos em crianças com tenra idade, ou seja, não podemos culpar os familiares pela adicção do seu ente querido.

Outra questão relevante é a de que durante a adicção a família nuclear e o próprio adicto adoecem. Nesse sentido, entende-se como família nuclear as pessoas mais próximas do adicto: pai, mãe, esposa, marido, filho e alguns amigos. Esse adoecimento refere-se a tudo aquilo que envolve o processo de

²⁴ Na escada abstemiológica esse momento corresponde ao ponto “E” já que ocorrerá a exposição interventiva. Nesse ponto “E” ocorrem fenômenos como: autoapresentação do diagnóstico adicto, heteroapresentação do diagnóstico adicto, exposição da adicção, reconhecimento da adicção, admissão/aceitação da adicção, autoexposição interventiva, exposição interventiva falsa e exposição interventiva real.

adicção: medo, frustração, ansiedade, dúvidas, tristezas, angústias, enfim, um turbilhão de sentimentos a que estão expostos todos os envolvidos, direta ou indiretamente, nesse processo nefasto. Além disso, existem ainda os elementos não emocionais que afetam o adicto e a sua família nuclear, tais como: problemas jurídicos, furtos, roubos, desvios de dinheiro para custear a adicção, mentiras, engodos e manipulações. Agora, imagine que as pessoas envolvidas nessa avalanche de anomalias ficam imersas nisso tudo durante vários anos ou décadas. Conseguem ver a complexidade fatorial desse problema? Isso é tão grave que os envolvidos também adoecem e são denominados como **codependentes**.

Codependente não é, necessariamente, alguém que facilitava o uso de drogas/álcool, mas são pessoas que adoeceram junto com o adicto. Os codependentes²⁵ ficam extremamente debilitados emocionalmente por terem suportado essa carga assoberbante durante longos anos.

Tudo o que vimos até agora é o normal dos fatos. É uma sequência natural que ocorre com os envolvidos no processo de adicção. Em outras palavras, fazer a intervenção, querer encontrar culpados, adoecer junto com o adicto e sofrer as mazelas da adicção sem ter usado drogas/álcool são as características comuns a todos os familiares que desejam colaborar para apresentar o processo de adicção ao seu ente querido e fazê-lo compreender da necessidade de permanecer abstinência.

Por outro lado, quando os fatos não se desenrolam dessa maneira, podemos ter algumas **abstemiopatias familiares**. Entre essas abstemiopatias familiares, cito a **síndrome da cegueira deliberada**. O raciocínio é o seguinte: os familiares colocam a cabeça dentro do “buraco” para não enxergarem a real situação do ente querido que esteja inserido no complexo processo de adicção. Por que isso ocorre? É que seria tão doloroso para a família compreender que seu ente querido é adicto que o melhor, para eles, é colocar a “cabeça dentro

²⁵ Durante os longos anos de abstinência mudamos essa nomenclatura para **coabstêmios** que serão os mesmos familiares, mas que agora emergiram do mar de mazelas da drogadição.

no buraco” (**síndrome do avestruz**) e não ver a real dimensão do problema (**síndrome do modelo abstemiológico da negação familiar**).

Infelizmente, durante o tempo em que as pessoas (família nuclear) se recusam a ver a realidade, a adicção pode causar profundos estragos na vida do adicto já que quanto mais tempo ele estiver na imerso no processo de adicção maiores serão os danos gerados na sua cognição, na vida pessoal, no meio profissional e na sua saúde. Na prática, existem diversos casos em que se faz essa “cegueira deliberada” para não ver a pessoa como “adicta” e o processo de adicção como um “problema” que pode e deve ser encarado e resolvido.

Qual a conclusão disso tudo? Existem diversos problemas que ocorrem quando a família nuclear resolve ajudar seu ente adicto e todos os conflitos que ocorrerão a partir disso são “normais”, ou seja, por mais estranho que pareça é completamente aceitável a existência dos conflitos no que se refere ao momento da intervenção, querer encontrar culpados, adoecer junto com o adicto ou sofrer as mazelas da adicção sem ter usado drogas/álcool. O “anormal” e o que não se recomenda é o prolongamento das abstemiopatias familiares que estão à margem da tentativa de solucionar e encerrar o processo de adicção, tais como: síndrome do avestruz ou síndrome da cegueira deliberada ou síndrome do modelo abstemiológico da negação familiar. De modo muito simplista, para o bom entendedor, podemos dizer que os problemas que surgem ao querer extinguir o processo de adicção são “normais” e “comuns”, mas querer adiar, evitar ou negar o processo de adicção não é algo recomendável.

SÍNDROME DO SUCESSO ABSTÊMIO

Depois de um longo período de abstinência, o abstêmio pode correr riscos ou se expor de forma desnecessária?

Acompanhe o raciocínio: mesmo tendo longos períodos de abstinência a pessoa não pode quebrar determinadas técnicas sem que isso lhe gere consequências. Exemplificando para aclarar o tema. Após 15 anos de abstinência a pessoa resolve não participar de grupos anônimos, deixar de aplicar a técnica “do evite e do procure” e decide conscientemente que o seu passado de adicção não vai mais retornar porque sua vida tomou outros rumos. Esse mecanismo é denominado **autossuficiência**, ou seja, a pessoa pensa (tem a crença ou convicção) de que “não preciso me preocupar com a adicção porque ela não existe mais”. Esse fenômeno ocorre com frequência e está por trás de inúmeras recaídas (reintoxicações físicas) de abstêmios experientes.

Por favor, entenda que a **autossuficiência** é apenas um dos elementos da **síndrome do sucesso abstêmio** ou **síndrome da conquista abstêmia**. Mas, no que é essa síndrome?

Essa síndrome se manifesta durante o processo abstêmio fazendo com que a pessoa se exponha a riscos ou situações perigosas de forma desnecessária. O fato de estar longo período em abstinência **não** gera o direito de quebrar as regras básicas do processo abstêmio, tais como: evite pessoas, hábitos e lugares, procure relacionamentos saudáveis, evite o primeiro gole ou não seja autossuficiente. A **síndrome do sucesso abstêmio** ocorre através da sistemática ruptura de vários princípios, por exemplo, a quebra do princípio da diferença entre o limite físico ou psíquico e o limite abstêmio²⁶, a utilização da gestão temerária da abstinência ou o afastamento da máxima “só por hoje”.

Toda história abstêmia, em seu âmago, constitui-se de uma narrativa de superação, mas esse sucesso não dá o direito de quebrar regras, não praticar princípios ou utilizar inadequadamente técnicas abstêmias. Aqui vale o ditado: “se o sucesso subir à cabeça, o abstêmio vai ao chão”. Na verdade,

²⁶ 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 da diferença entre o limite físico ou psíquico e o limite abstêmio** é apresentado em tal livro.

completando esse raciocínio, “se o sucesso subir à cabeça, o abstinêio volta ao fundo do poço”.





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>>.

