



PUC RIO

MARISE DE LEÃO RAMÔA

O GRUPO DE AUTO-AJUDA EM DOIS CONTEXTOS: ALCOLISMO E DOENÇA MENTAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rio, 27 de abril de 1999

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>**

N.Cham. 150 R175 TESE UC

Título O grupo de auto-ajuda em dois contextos



Ex.1 PUCB

0141589

MARISE DE LEÃO RAMÔA

O GRUPO DE AUTO-AJUDA EM DOIS CONTEXTOS:

ALCOOLISMO E DOENÇA MENTAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 27 de abril de 1999.

MARISE DE LEÃO RAMÔA

**O GRUPO DE AUTO-AJUDA EM DOIS CONTEXTOS: ALCOOLISMO E DOENÇA
MENTAL**

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia Clínica da PUC/Rio como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica
Orientadora: Maria Euchares Motta

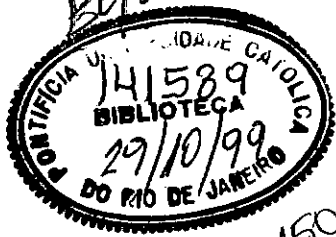
Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 27 de abril de 1999.

96225

peid



*150
R175
tese 00*

A todos os "anônimos" que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Meus agradecimentos

- a Maria Euchares, orientadora desta dissertação, pela possibilidade de troca e pela relação sempre baseada no respeito e na confiança.
- a Marise e Verinha, pela capacidade de representar tão bem o Departamento de Psicologia da PUC-Rio.
- a Bárbara Musumeci Soares e Eduardo Mourão pela posição ética de disseminar conhecimento.
- a CAPES, pela ajuda financeira recebida durante o curso.
- a minha família, como um grande exemplo de grupo.
- a todos que já passaram por situações de segregação e souberam sustentar a “diferença” e a todos com os quais tive a oportunidade de contato como profissional, pois a partir daí pude pensar e sustentar uma clínica da diferença e parafraseando Jurandir Freire, espero que possamos criar, de fato, uma clínica “humanamente possível”.
- a Richard Weingarten, por sua disponibilidade ao outro; enviando-me, pelo correio, todo um rico material acerca da prática dos grupos de auto-ajuda em Connecticut, elaborado por ele e por professores do departamento de psiquiatria da universidade de Yale, sendo um grande exemplo de tudo que é discutido neste trabalho, ou seja, da possibilidade de saída de um lugar estigmatizado, mesmo que para isso recorra a noção de doença.
- a Graça, do Instituto Franco Basaglia, por ser outro grande exemplo de ser humano e por ter me possibilitado o contato com Richard.
- a Henrique, que me dá a oportunidade de viver “só por hoje” a intensidade do amor, estimulando-me sempre a produzir mais.

RESUMO

Este estudo trata de grupos de auto-ajuda. Os Alcoólicos Anônimos e os movimentos de usuários de serviços de saúde mental foram tomados como modelo deste tipo de práticas, o que possibilitou uma construção histórica quanto ao surgimento e desenvolvimento das práticas de auto-ajuda. Foram investigadas as bases teóricas sobre as quais essas práticas se sustentam, seus desdobramentos metodológicos e os tipos de produção de subjetividade que tal prática pode promover. Essa preocupação se deve a proliferação cada vez maior de grupos que tentam lidar com diversas formas de sofrimento psíquico, através de uma concepção de doença que situa o sujeito dentro de um padrão de normalidade e de patologia, não questionando o processo de exclusão da diferença.

ABSTRACT

This study examines self-help groups. Alcoholic Anonymous and the movement of clients of mental health services were taken as model of this type of practice, making it possible to develop a historical construction of the emergence and development of self-help practices. The theoretical bases which sustain such practices, its methodological developments, and the types of production of subjectivity which such a practice may promote were investigated. The need for this study results from the increasingly greater proliferation of groups which attempt various form of psychological suffering from a concept of illness which situates the subject within a framework of normalcy and pathology, and which does not question the exclusion of the difference.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	1
2- OS DISCURSOS ACERCA DA SEGREGAÇÃO	7
3- DOENÇA MENTAL E ALCOOLISMO: UMA DELIMITAÇÃO DE CONCEITOS	14
3.1- A loucura e sua transformação em doença mental	14
3.2- O álcool e o alcoolismo	19
4- UMA DISTINÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE MÚTUA- AJUDA E DE AUTO- AJUDA	37
5- A INFLUÊNCIA DO PRAGMATISMO PARA O GRUPO DE AUTO-AJUDA	44
6- A PRÁTICA DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: O PRIMEIRO GRUPO DE AUTO-AJUDA	54
6.1- O percurso histórico de Alcoólicos Anônimos	54
6.2- Os princípios e a prática de Alcoólicos Anônimos	61
7- A PRÁTICA DOS GRUPOS DE AUTO E MÚTUA-AJUDA COM “ DOENTES MENTAIS”	76
7.1- O exemplo de Connecticut	76
7.2- O movimento anônimo de usuários de saúde mental no Brasil	82
8- OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS COMO GRUPO DE AUTO-AJUDA E O TRATAMENTO INSTITUCIONALIZADO DOS 12 PASSOS	87
8.1- Benefícios e limitação da auto-ajuda	98
8.2- Serviços de usuários	109
9 - O GRUPO DE AUTO-AJUDA E O PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO	111
10-OS GRUPOS DE AUTO-AJUDA E A PÓS-MODERNIDADE	117
11-CONCLUSÕES	125
12-ANEXOS	129
12.1- Lista dos 12 passos	129
12.2- Lista das 12 tradições	130
12.3- Lista dos 12 conceitos	135
13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139

1- INTRODUÇÃO :

O presente trabalho tem como objeto de estudo , o grupo de auto-ajuda. O interesse surgiu em função da prática da auto- ajuda estar cada vez mais presente no mundo- através de grupos de auto- ajuda em diversos continentes- e por ser um tema muito pouco estudado no Brasil. Devido a escassez de material sobre a prática da auto- ajuda no Brasil, optamos por apontá-la como uma metodologia que se desenvolve mundialmente. Em países como EUA e Finlândia esse tema vem sendo amplamente pesquisado, chegando a se perceber a construção de uma “cultura da auto- ajuda”. Há um número cada vez maior de grupos que se formam em torno de uma questão em comum — como o álcool, a neurose, a doença mental, o divórcio, o jogo, o comer compulsivo, entre outras — que passa a ser vista como doença. Porém, apesar de uma visão de vitimização, baseada na noção de doença, há um movimento que leva a uma agregação de pessoas que percebem que podem se ajudar mutuamente.

Outra questão relevante para a escolha deste tema foi o número reduzido de trabalhos acerca da prática dos grupos de auto-ajuda, no campo da psicologia. O que pudemos perceber, através de entrevistas e de conversas informais com profissionais das áreas de medicina, psicologia e psicanálise, é que os mesmos ou adotavam a metodologia dos 12 passos e das 12 tradições, característicos dos grupos de auto-ajuda, quando do atendimento com dependentes de drogas ou a rejeitavam, alegando ser a mesma uma prática própria da terapia comportamental-cognitiva com a qual não trabalhavam. No decorrer deste trabalho poderá ser notado que esta prática não pode ser considerada nem uma terapia, nem mesmo uma prática comportamental-cognitiva. A prática da auto-ajuda desenvolveu-se a partir da perspectiva da filosofia pragmática. Privilegiamos o estudo

dos Alcoólicos Anônimos (A.A.) em função de terem sido o primeiro grupo a se desenvolver baseado na noção de auto-ajuda. Também contribuiu para esta escolha este grupo ser visto como de maior eficácia do que outras práticas e por romper com os especialismos, o que é bastante relevante em função do momento histórico do surgimento dos grupos de auto-ajuda. Estes, partem do saber médico (noção de alcoolismo como doença orgânica), mas, ao mesmo tempo, constroem um saber próprio, que estaria presente no sujeito alcoolista, através de sua experiência de vida e não do saber científico. Ou seja, a valorização estaria em se construir um saber da prática e tal visão está estreitamente relacionada com a filosofia pragmática, como será visto no capítulo “A influência do Pragmatismo para o grupo de auto-ajuda”.

Outra prática estudada no presente trabalho é a que vem sendo desenvolvida em Connecticut, dentro da área de saúde mental. Tratam-se de grupos de auto-ajuda e de mútua-ajuda, que têm como base a noção estigmatizante de doença mental. Duas questões se colocam a partir destas práticas: (1) poderiam elas produzir mudança, no sentido de se criar novas produções de subjetividade? (2) poderiam elas promover cidadania¹ ou levariam a uma alienação do sujeito?

O uso de drogas é pensado como um sintoma social da atualidade. Percebemos uma nova forma de pensar o sujeito, como se houvesse uma fragmentação deste sujeito, que passaria a ser visto como mais uma mercadoria dentro da sociedade de consumo. Tal idéia será desenvolvida no capítulo intitulado “Os grupos de auto-ajuda e a pós-modernidade”. Daí se falar em “morte” do sujeito, do fim de um ego autônomo. Achamos que isto é observável na entrada de um sujeito dito alcoolista em um grupo de A.A., pois

¹ Cidadania é, aqui, entendida, como “(...) um processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo”(Bezerra, B., 1992: 124). Logo, tanto a loucura como o alcoolismo não seriam sinônimos de impedimentos deste processo ativo.

este chegaria destituído de valores e crenças e os receberia no grupo. Só então passaria a surgir uma tentativa de construção de identidade,² a partir da identificação³ com o igual, seguida de uma auto-valorização. O uso de drogas é um fenômeno que vem sendo abordado desde os primórdios da história do homem. É uma prática milenar e as origens desse fenômeno são vistas como diversas: o meio sócio- cultural, a personalidade de quem usa a droga, o fator orgânico entre outras. A tendência é enfatizar um desses fatores, omitindo os outros. Por mais que se fale em uma visão globalizante do fenômeno, que se aborde os diversos fatores que levam alguém a usar uma droga compulsivamente, o que se percebe é que nos discursos individuais há um olhar objetivista em relação à droga, ou seja, um olhar que a coloca como um algo “em si”, sendo o especialista aquele que poderia dar uma resposta a tal fenômeno. Para uma abordagem sobre os discursos que vêm ocorrendo em relação a processos segregativos, como os relacionados ao alcoolismo e à loucura, contaremos com o capítulo intitulado “Os discursos acerca da segregação”. O olhar em relação à loucura também é objetivista, tentando-se, ao invés de se ver um sujeito, ver uma entidade nosográfica — a doença mental —, que é apenas uma criação da medicina. Este tema será desenvolvido no capítulo “Doença Mental e Alcoolismo: uma delimitação de conceitos”.

Percebemos que há basicamente quatro discursos em relação à droga: um discurso moral-repressor (jurídico); um discurso organicista (médico); um duplo discurso

² Goffman(1988:12) faz uma distinção entre identidade social virtual e identidade social real, sendo a primeira uma caracterização efetiva por parte da sociedade e a segundo sendo a categoria e os atributos que o sujeito, na realidade, prova possuir.

“O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso”.(Goffman, 1988:13).

³ Identificação, a partir de Freud, seria “um processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se por uma série de identificações”(Laplanche,J./ Pontalis,J.B., 1967). As noções de identidade e de identificação serão melhor desenvolvidas no decorrer do trabalho.

psicanalítico, o do indivíduo e o que tenta pensar o sujeito toxicômano a partir de uma equação que engloba produto(droga) mais personalidade do sujeito mais momento sócio-cultural (Olievenstein,C.,1983) e um discurso relativamente novo, no Brasil, que é o discurso dos grupos de auto- ajuda. Este último articula diversos discursos, o religioso, o organicista — baseado na noção de doença —, e ainda, um discurso do indivíduo baseado em uma visão religiosa. O grupo de auto-ajuda tem um discurso universalista, que pode partir de um movimento micro-social (o grupo de “iguais”) para um movimento macro-social, visando discutir todo um processo histórico da exclusão das minorias. Para caracterizarmos tal processo descreveremos a prática dos grupos de auto-ajuda e de mútua-ajuda com “doentes mentais”, que vem sendo desenvolvida em Connecticut. Tal descrição se dará no capítulo: “A prática do grupos de auto e mútua-ajuda com ‘doentes mentais’ ”.

O tema drogas, e mais especificamente, o álcool, será abordado em função de o primeiro grupo definido como de auto-ajuda ter sido o de Alcoólicos Anônimos. O álcool é uma droga muito presente entre nós e nunca sofreu restrição legal, como em outras culturas⁴ (EUA, por exemplo), sendo, portanto, considerado como uma droga lícita. Tal fato é interessante, pois a partir daí se tem uma distinção entre as pessoas que fazem uso compulsivo de álcool ou de outras drogas, podendo-se observar, inclusive, em algumas instituições a não utilização do termo droga para o álcool.

No Brasil, os problemas relacionados com o abuso e dependência do álcool são cada vez mais objeto de preocupação por parte das famílias e dos profissionais de saúde e

⁴ O conceito de cultura é pensado, aqui, através de dois autores. Segundo Minayo(1993:15) “(...) ela abrange uma objetividade com a espessura que tem uma vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado”. Segundo Velho(1974:21) “A cultura não é, em nenhum momento uma entidade acabada, mas sim uma linguagem permanentemente acionada e modificada por que não desempenham ‘papéis’ específicos, mas que têm experiências particulares”.

educação, em decorrência do progressivo aumento do consumo pela população, que vem atingindo de forma indiscriminada homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos, independente de classe social. O alcoolismo, segundo a OMS, atinge 10% da população mundial.

A discussão acerca do embasamento teórico da prática dos grupos de auto-ajuda se dará no capítulo intitulado: “A influência do Pragmatismo para o grupo de auto-ajuda” e serão desenvolvidos mais dois capítulos que situarão o leitor quanto ao desenvolvimento de Alcoólicos Anônimos e do movimento de usuários no Brasil, para que possamos perceber de que forma a prática de grupos de auto-ajuda está presente tanto entre a população geral, como entre a população de profissionais da área de saúde mental. Finalizaremos este trabalho apontando a presença dos grupos de auto-ajuda na atualidade sob o título de “Os grupos de auto-ajuda e a pós-modernidade” e apontaremos nas conclusões a necessidade de uma prática grupal que não enfoque somente o indivíduo, pois com isso, nega-se a importância dos aspectos econômico, político e sociais presentes na produção e constituição da noção de indivíduo.

O interesse pelos grupos de auto-ajuda se deu por estes serem formados por sujeitos segregados, que poderiam a partir daí se livrar de tais estigmatizações, valorizando um lugar da diferença ou promovendo um processo de normalização⁵. Daí pensarmos se o movimento de auto-ajuda pode levar a um processo de promoção do novo ou se pode levar a um processo de alienação do sujeito.

É importante ressaltarmos que a presente pesquisa teórica vai desenvolver uma análise crítica do movimento de auto-ajuda, sob uma perspectiva antropológica⁶, tendo

⁵ Par maiores informações acerca do processo de normalização, ver capítulo: “A prática da auto-ajuda e o processo de normalização”.

⁶ através de autores finlandeses da Fundação Finnish para estudos sobre o álcool.

por objetivo apontar as raízes históricas que marcam o desenvolvimento do movimento da auto-ajuda, para que possamos compreender a ideologia presente em tal prática.

2- OS DISCURSOS ACERCA DA SEGREGAÇÃO

“Na década de 40, no Brasil, o poder jurídico abordava o uso da droga apenas como delito. Na década de 50, o saber médico começa a se impor junto ao discurso jurídico, opondo-se à aplicação das penas aos viciados e reivindicando competência exclusiva sobre eles”(Bittencourt,L.1986:20).

A justiça considerava os viciados “autênticos doentes” e com isso abria - se espaço para a psiquiatria se voltar para tal população, de forma exclusiva, apesar de não ter nenhum saber construído para tal. Já na década de 70, há uma nova redação do artigo 281, da lei 5.726, de 29/10/71 e a justiça toma como objetivo fundamental regenerar esses indivíduos e não simplesmente puni-los. O viciado deixa de ser visto como simplesmente um marginal para ser considerado um doente que necessita de hospitalização e tratamento cuidadoso. Mas com isso, isola-se tal população de seu meio social, pois a internação se torna um ato compulsório. A proposta de tratamento passava a ser uma simples maneira de isolar o diferente.

Como nos aponta Silveira, D. Xavier da (1997:5-6),

“ a psiquiatria moderna nasceu quando, no fim do século XVIII, nos cárceres franceses, Pinel separa criminosos de doentes mentais. Infelizmente, os toxicômanos só começaram a ser distinguidos dos criminosos neste século, cabendo ressaltar que as legislações de diversos países ainda os confundem em pleno final do século XX”.

Tanto os “toxicômanos”⁷, como os “doentes mentais” passaram por um processo muito parecido, ou seja, por um processo de segregação, que era justificado cientificamente.

A definição do sujeito que faz uso de drogas se dá de forma indiscriminada, a partir de um olhar específico no qual já estariam sendo produzidas estigmatizações: o alcoólico⁸ como marginal, como doente, etc.

A princípio, o alcoólico era visto como um sujeito improdutivo, desviante, que tal como o louco, teria que ser tratado, para, após sua recuperação, ser reintegrado à sociedade. Após a Revolução Industrial, criou-se um tipo de sociedade onde a questão da diferença ficou restrita a uma acentuada divisão social do trabalho e a uma relação de produção e consumo. Segundo Velho(1978: 16)

“Nos estudos de grupos desviantes⁹ sempre é um problema crucial perceber se e quando indivíduos que partilham preferências por comportamentos condenados ou discriminados desenvolvem uma identidade comum e solidariedade”.

⁷ O termo toxicomania apareceu no final do século XIX, assim como a imagem da droga como flagelo social. Nasce no campo da medicina, enquanto doença. Em 1916 atinge o domínio jurídico. Delrieu(1988:39 in Bento, V.1993) diz: “Considerado como um degenerado, portanto como alguém atingido em suas faculdades superiores, especialmente morais, o toxicômano, nos anos de 1871 a 1898, cai nestes tipos de julgamento: “é um viciado, é um perverso”. Atualmente, no domínio da medicina, o termo toxicomania foi substituído pelo termo “farmacodependência”, em 1969, por acharem que este era um termo valorado cientificamente e que o termo toxicomania era um termo do senso comum.

Hoje em dia médicos e psicanalistas, em sua maioria reconhecem a dependência como um traço essencial para compreensão da toxicomania.

⁸ Ressalto que farei uso da categoria alcoólico, por esta não ter um cunho tão ideológico, como alcoólatra, já que tal sufixo indica a noção de adoração pelo álcool.

⁹ O “desviante ou o “diferente” seria aquele que não está fora da cultura, mas que faz uma “leitura” divergente da mesma. Velho aponta que ele não será desviante todo o tempo; que em algumas áreas de comportamento agirá como qualquer cidadão normal, mas que em outras divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes(1974: 27-28).

Velho observou em sua pesquisa sobre uso de drogas em camadas médias altas, que a “identidade de grupo de status” estava muito mais baseada em um estilo de vida e status social referentes às famílias de origem, do que uma provável solidariedade emergente do uso de drogas em grupo. Este fato é importante, pois percebemos, nos grupos de auto-ajuda as presenças, tanto de uma identidade comum (ser doente), como de uma solidariedade, via processo identificatório. Mas ao que pode levar todo esse processo? Será que a uma construção de subjetividade alienante ou a um processo de singularização¹⁰?

A droga era vista como uma das maneiras de se perder a razão. Os toxicômanos, além de terem sido vistos como inimigos da ordem social, eram também vistos como irresponsáveis, o que fazia com que a exclusão fosse pensada como a única medida a ser tomada. De 1940 à 1968, no Brasil, com a reformulação do código penal,

“o viciado que apresentasse comprovada doença mental subjacente, ao transgredir a norma incriminadora (porte de droga) era considerado irresponsável penal, como qualquer outro indivíduo que sob as mesmas circunstâncias tivesse cometido uma infração. Nesse caso o destino do viciado, como dos demais doentes mentais, era o Manicômio Judiciário”(Bittencourt,L.1986:34.).

¹⁰ Guattari(1986:33) vai trabalhar com o conceito de singularização, dizendo: “A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes de subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização”. Quando alguém se submete à subjetividade tal como a recebe, fica preso a uma visão de identidade permanente, como poderemos ver nos casos dos grupos de auto-ajuda, onde pessoas dizem: “eu sou alcoolista” ou “eu sou doente mental”.

O termo **droga**, no dicionário de língua francesa do século XVII, Furetière(1690,t.1 in: Bento, V., 1993)), aparece com o sentido geral de mercadorias; de produtos de mercearias, de variadas formas e natureza, vinda de países distantes (especiarias), e destinadas à medicina, às tinturas e aos artesãos (café, almácega, pedra-hume etc.). “Droga” se diz também de coisas de pouco valor no comércio (refugo).

No dicionário de língua francesa do século XX, Robert (1991,t.3,p.673-674 in: Bento, V., 1993) retoma o sentido de droga como medicamento e coisa má, acrescentando “substância tóxica, estupefaciente”.

A OMS(1974:15) apresenta a “droga” como sinônimo de medicamento, definindo-a como “toda substância que introduzida num organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”.

No século XX, restam basicamente dois sentidos: a) droga como coisa má; b) droga como tóxico, medicamento. Finalmente, pode-se sublinhar o sentido ambíguo da droga, ao mesmo tempo, coisa má e coisa boa (medicamento). Percebe-se que o sentido da ambigüidade apresenta-se simultaneamente na etimologia de tóxico, também. É importante percebermos que o termo droga já foi associado à mercadoria e parece-nos que, no momento contemporâneo, a droga aparece como a mercadoria que tanto o mercado se empenha em criar, ou seja, uma mercadoria que satisfaça, inteiramente, o sujeito, como se isso fosse possível. Uma mercadoria que faz com que o sujeito desapareça, que cria um sujeito cercado de outras mercadorias, ao invés de cercado por outros sujeitos. A fala de uma mulher, em um grupo aberto dos A.A. , traduz, para nós, o quanto a droga produz um desaparecimento do sujeito. Ela diz: “Eu sei muito de mim bêbada e nada de mim sóbria”. Referia-se ao fato de saber muito dos comportamentos quando alcoolizada, de se sentir mais afetada pelos sentimentos, mas de não se perceber

como sujeito que tem valores, crenças, etc. A fala de outra mulher, em outro grupo dos A.A., aponta a fragilidade da sensação de sujeito. Ela diz: “O álcool me dava uma sensação muito forte de poder”. Parece que o álcool dava a sensação de estabilidade para o sujeito, sem que este tivesse que se defrontar com suas angústias, medos etc.

Acreditamos que o sujeito não é uma entidade dada e acabada e, sim, que ele emerge de um contexto sócio- cultural, ou seja, que ele produz e é produzido por uma dada cultura.

A psiquiatria funcionou como um saber técnico que se ofereceu como forma de controle sobre os usuários de drogas, que não se deu pelo controle repressivo, mas através de uma prática, a princípio, mais humanizada.

“A aproximação (...) entre uso de drogas e patologia mental, fundará os saberes psicológicos sobre os viciados, ao mesmo tempo que manterá a medicina como aquela que prescreve os usos de substâncias entorpecentes a serem consideradas normais. É medicalizando a lei, aproximando o uso de drogas a uma patologia que possibilitará transferir seus usuários para a esfera da psiquiatria” (Bittencourt, L. 1986:74).

Mais tarde percebeu-se que a internação compulsória não produzia resultado e que a internação hospitalar não tem função de produzir efeitos de transformação de comportamento, da personalidade desses indivíduos, mas que o hospital funciona para a desintoxicação física e não para a recuperação em relação ao vício.

“A desospitalização pela via da recodificação dos mecanismos terapêuticos, além de atender à necessidade de métodos curativos e regeneradores mais eficazes, tem a virtude do alcance econômico que encerra”(Bittencourt,L. 1986:54).

Segundo Donzelot(1971) a medicina é quem aplaca os males contemporâneos e orienta os indivíduos na busca do bem estar. Será que a produção de subjetividade em relação ao alcoolista seria baseada nesta visão universalizante da medicina?

Os valores contemporâneos estariam na ideologia médica, buscando uma concepção de homem que procura a felicidade do corpo e do espírito livre, como aponta Costa(1980:19).

A relação entre a Revolução Burguesa e a Revolução Médica faz com que a ideologia médica possibilite a difusão e imposição dos valores burgueses, apresentando-os como valores universais a todo e qualquer ser humano. Todas as formas de rejeição da sociedade, são agrupadas na ampla concepção de “anormalidade” enquanto patologia, e o trabalho vem funcionar como uma espécie de diagnóstico diferencial entre o indivíduo normal, socializado, que produz, e o anormal, degenerado e improdutivo. Mas desviar o foco do problema para a sociedade ou para a cultura não resolve as dificuldades. É preciso observar como a vida sócio- cultural é percebida e representada.

Quando William Wilson, um dos fundadores dos A.A. (e mais conhecido por esta instituição como “Bill”), em seu discurso aborda o alcoolismo como doença, passa a ter repercussão. Anteriormente a isso ele trazia um discurso extremamente marcado pela religiosidade e este não trazia credibilidade. A visão corrente nesta época (1935) era a de que o alcoolismo era uma falha de caráter. A visão do alcoolismo como doença começa a romper com tal olhar e é a partir daí que surge o primeiro grupo dos Alcoólicos

Anônimos. Por isso concordamos com Costa (1980) quando este fala dos valores contemporâneos baseados na ideologia médica. Quem procura um grupo dos A.A. busca transformar seu corpo doente em sadio e busca, também, um apaziguamento do espírito.

O drogado poderia ser considerado o protótipo do desviante, em nossa sociedade contemporânea, pois ele tenta romper com valores e crenças da sociedade. Parece-nos que o drogado (em particular o alcoolista) encontra-se em uma “cultura de pares”, onde tenta se diferenciar da sociedade, no sentido de um macro- social a partir da constituição de um micro- social, numa relação especular, para não correr o risco de uma fragilização em suas próprias crenças ou da constatação de não-crenças. O que pode ocorrer com uma prática de grupo, como a dos A.A., que se baseia em uma noção universalizante de sujeito, ao mesmo tempo que tenta particularizar tal noção, enfatizando a experiência individual como a base de sua prática?

Segundo definição da irmandade, Alcoólicos Anônimos são uma organização composta de bebedores que desejam manter-se em abstinência e que auxiliam-se mutuamente nesta tarefa. Os A.A. consideram o alcoolismo uma doença física e espiritual, incurável, inspirada nas formulações de William James. “(...) Como James, os A.A. teriam investido nas vantagens da crença, apontando a irrelevância do conhecimento causa e apostando no poder de mobilização e de ação através da fé incondicional” (cf. Soares, B. 1993:266).

3- DOENÇA MENTAL E ALCOOLISMO: UMA DELIMITAÇÃO DE CONCEITOS

“Quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pede-lhes para acreditarem que o personagem que vêem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as conseqüências implicitamente pretendidas por ele e que, de um modo geral as coisas são o que parecem ser”(Goffman, E.1975:25).

Tanto a loucura quanto o uso de drogas, de forma compulsiva, podem se tornar, através de categorizações como doença mental e alcoolismo, em papéis¹¹ rigidamente desempenhados pelos sujeitos, como também rigidamente aceitos pelo social ou rigidamente impostos pelo mesmo.

3.1 - A Loucura e sua transformação em “Doença Mental”

Como nos aponta Birman (1992), “a loucura foi ocupando os antigos lugares simbólicos reservados pela sociedade ocidental à experiências sociais que se traduziam na composição viva do corpo, como a lepra e como a sífilis. A loucura passou a representar a experiência da morte”. Mais tarde, com o Racionalismo, onde a filosofia de Descartes (com seu cogito cartesiano — “Penso, logo existo”) imperava no imaginário social, a loucura foi destituída de existência, pois o pensamento sem razão não seria possível. O

discurso do louco foi dissociado da verdade. Reservou-se ao louco o lugar de morte, de não-existência. Dai o seu deslocamento para fora do espaço social, ou seja, para dentro dos espaços asilares. Ainda segundo Birman (1992:75),

(...) “no deslocamento simbólico dos discursos da magia e da religião para o discurso da ciência, a medicina operou a substituição do antigo ideal da salvação pelo moderno ideal da cura. Instituiu-se a saúde como valor, destacando-se então como indicador maior da felicidade humana. Se considerarmos agora a conquista da felicidade humana, pela mediação da ciência e da técnica, colocava-se como o valor máximo da razão iluminista, podemos entrever o poder monumental atribuído à medicina na construção da modernidade”.

A medicina, articulando saber e poder, passou a constituir uma série de “práticas disciplinares”(Foucault, em “Vigiar e Punir”) sobre o corpo, dotando-se de um lugar de regulação do social. Justificando cientificamente o isolamento como medida terapêutica, a Psiquiatria posiciona-se de forma muito ambígua: tenta defender a sociedade contra a loucura e tratar os loucos, segregando-os em locais ditos terapêuticos. O discurso psiquiátrico vai naturalizando o fenômeno da exclusão social. A ideologia¹² médica, ao definir a loucura como doença (doença mental) e difundir a imagem da doença como um processo individual e não como, também, uma consequência de uma situação sócio-econômica definida, retira a dimensão social da problemática da loucura.

¹¹ O termo “papel” será usado, aqui, como a possibilidade de desempenhar aquilo que é estabelecido como culturalmente aceito .

¹² Ideologia é vista como “fato social”, produzida pelas relações sociais. Tem razões históricas para surgir e se conservar, pertencendo o poder a quem possui saber. Logo, o louco e o alcoolista- sujeitos da desrazão, tornam-se subjugados ao saber médico. Dai as práticas de grupos de mútua/auto-ajuda, religiosidade baseados na noção de doença desenvolvida pela Medicina, mas que a ultrapassam, retomando um discurso da religiosidade.

Como nos dizem Marx e Engels (1984), o momento de surgimento das ideologias se daria no instante da divisão social do trabalho, ou seja: trabalho material ou manual e trabalho intelectual. Como já nos falou Sartre, as ideologias são liberdade enquanto se fazem e opressão quando são feitas.

A função da ideologia é apagar as diferenças, como as de classes, e de fornecer aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, encontrando certos referenciais identificadores de todos e para todos, como por exemplo, a Humanidade, a Liberdade etc.

Como nos diz Basaglia (1982), “A psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica repressiva que o Estado usou para oprimir os doentes pobres”.

Mannheim (1968: 131-134) diz que a ideologia seria constituída por concepções, idéias, representações e teorias que se orientam para a estabilização, legitimação e reprodução da ordem vigente. Ideologias seriam o conjunto das doutrinas de caráter conservador, isto é, servem para a manutenção do sistema social de forma geral. Utopias seriam as representações, idéias e teorias que têm em vista uma realidade ainda inexistente. Trazem em seu bojo uma dimensão crítica, de negação, ruptura e possibilidade de superação do status quo. Porém, as utopias também são produções ideológicas.

Segundo Basaglia (1982:33),

“Loucura é uma condição humana. Em nós, a loucura existe e está presente como está a razão. O problema é que a sociedade, para ser civilizada, tem que aceitar tanto a razão quanto a loucura. Em vez disso, essa sociedade aceita a loucura como parte da razão no momento em que existe uma ciência que se encarrega de eliminar a loucura. O manicômio tem sua razão de ser, porque torna racional o irracional.

Quando alguém é louco e entra num manicômio, deixa de ser louco para tornar-se um doente. Então se torna racional enquanto doente. O problema é como desmanchar esse nó, ir além da loucura institucional e encontrar a loucura lá, onde ela se originou, quer dizer, na vida”.

Podemos pensar que é isso que ocorre, quando, em grupos de auto-ajuda, tanto o dito “doente mental” quanto o “alcoolista” tentam, através do contato cotidiano com outras pessoas também vistas como doentes, afirmar tal condição de doente, pois assim, estariam valorizando sua própria condição humana (poderia dizer, de ser desviante), excluindo o saber científico e afirmando a possibilidade de construção de um saber do senso-comum, que se baseia em uma construção para a vida.

Há autores que postulam a inexistência de possibilidade da doença mental (Szass,1980), pelo fato de não ser uma coisa ou objeto físico e sim um conceito e no entanto receber o tratamento de verdade objetiva e causa evidente de si de um vasto número de eventos. Szass defende a idéia de que a noção de doença mental sobrevive a despeito da utilidade que possa ter tido para o conhecimento e agora funciona como um mito. O conceito de enfermidade ou de doença implica desvio¹³ de alguma norma definida.

Szass afirma que

“o conceito de doença mental, assim, serve principalmente para obscurecer o fato cotidiano de que a vida, para a maioria das pessoas é uma luta contínua, não pela

¹³ Desvio é pensado aqui como algo que foge de um padrão psicossocial e ético. Esta é uma visão de Szass.

sobrevivência biológica, mas 'por um lugar ao sol', 'paz de espírito', ou algum outro significado de valor.

Uma vez satisfeitas as necessidades de preservação do corpo, e talvez da raça, o homem se confronta com o problema do significado pessoal: o que deveria fazer de si mesmo? Por que deveria viver? A adesão ao mito da doença mental permite às pessoas evitar confrontar-se com este problema, acreditando que a saúde mental automaticamente assegura a escolha certa e segura na condução da vida. Mas os fatos são contrários a isto. Na vida, são as escolhas sensatas que as pessoas consideram, respectivamente, como evidência de saúde mental”(1980:29).

Diante de uma constante exigência quanto a ser livre, inteiro, poderoso etc., é que o homem se vê aprisionado a regras, normas, modelos e crenças. Fragilizado, em sua imagem de fraco e impotente, o indivíduo pode se posicionar de forma revoltada: individual, na luta através da delinqüência ou na autodestruição através das drogas, do suicídio ou da loucura; ou coletivamente, através da rebelião ou de uma revolução. Nossa hipótese é de que os grupos de auto-ajuda trabalham com a questão da exclusão social, quando criam um novo lugar social para os ditos excluídos, partindo especificamente do lugar da doença, que lhes coube e apontando para uma valorização social em uma estrutura micro- social, que vai desconstruindo o antigo lugar que cabia aos loucos e aos alcoolistas, ou seja, um lugar de incapacidade, de improdutividade, de desrazão. É importante ressaltarmos que desde o momento em que o louco e o alcoolista foram considerados doentes, houve toda uma proliferação de técnicas de tratamento, baseadas no saber científico, destituindo o saber tanto do louco, como do alcoolista. Com os grupos de auto-ajuda este saber do senso-comum é restituído. Porém, ainda é baseado em uma

noção médica, a de doença, que mantém o lugar da exclusão. Nestes grupos o olhar pode ser individual, levando a uma grande culpabilização por parte do sujeito que sofre, ou pode ser coletivo, onde ocorre toda uma discussão quanto às questões político-sociais que estão presentes na produção tanto da doença mental, quanto do alcoolismo.

3.2 - O Álcool e o Alcoolismo

O álcool, enquanto substância, representava, no século XVIII, nos E.U.A., um alimento e um substituto seguro da água, pois esta era muito poluída. Tornava-se, ainda, um veículo para a manutenção da sociabilidade (exclusivamente masculina, em tal época). Com isto, ao longo dos séculos XVII e XVIII houve uma tendência dos americanos a beberem muito e com muita frequência. Com a passagem do século XVIII para o século XIX e com a conseqüente mudança econômico-social, através do processo de industrialização e de urbanização, o álcool passou a se tornar um objeto de grande preocupação por parte de médicos e reformadores sociais (Jarrad, 1991). Isto se deu porque a produção industrial chegou a ser afetada pelo número de operários alcoolistas. Antes disso, o número de pessoas que se embriagavam era o mesmo, mas a embriaguês era vista como uma conseqüência natural do beber e as pessoas que se embriagavam eram vistas como desejanter de tal embriaguês (Levine, 1979:143).

O clero puritano advertia contra os pecados do vício, como advertia, também, contra muitos outros ditos pecados. A teologia puritana não reconhecia fatores externos à vontade humana. Era enfatizado que qualquer indivíduo tinha total liberdade para pecar ou para se voltar à Deus. O alcoolista era visto como um pecador, mas isto não levava a

uma classificação de desvio, já que todo ser humano era considerado pecador aos olhos de Deus.

Na sociedade do século XVIII comportamentos como o do vício eram considerados sinais de fraqueza e de falha moral. No final do século XVIII e início do século XIX, uma nova perspectiva emergia, surgindo crenças sobre responsabilidade e vontade.

Ainda no século XVIII (1784) um médico formula um modelo médico-moral para descrever o alcoolismo. É ele, Benjamin Rush, que o concebe sob a forma de uma doença da vontade; uma doença mental que seria provocada pela substância(álcool) e que poderia levar qualquer pessoa à embriaguês, caso iniciasse o uso do álcool. As idéias de Rush serviram de base para o Movimento de Temperança, durante o século XIX. A formulação de Rush transformou o enfoque que se tinha do que eram pecados ou fraqueza moral, causados pelo vício, passando a encarar estes problemas como forma do viciado reagir às conseqüências sociais negativas: pobreza, doença, crime e famílias desajustadas (Levine,1979:153).

A caracterização de Rush, transformando o vício em doença ocorreu em uma época crítica, no início do maior “boom” de crescimento populacional da história dos EUA, decorrente de um crescente número de emigrantes e da urbanização . É neste momento que diferentes tipos de instituições são escolhidos para lidar com o problema do desvio. Diante de problemas como o aumento de população pobre e de marginalizados, especialmente os novos emigrantes, houve uma ameaça à estabilidade social e daí a tentativa de se explicar tais fenômenos através da noção de desvio e da dita necessidade de corrigir o desvio, via tratamento moral (Foucault). A fragilidade dos indivíduos e de todos os segmentos da população era o que marcava, de modo geral, a ideologia capitalista industrial e, especificamente, o crescimento do Movimento de Moderação.

O século XIX foi marcado por uma mudança de ordem sócio- econômica, onde a indústria passou a equivaler ao comércio e onde a vida urbana suplantou a rural. É neste cenário que surge o Movimento de Moderação, um movimento que, segundo Levine(1979), baseia-se em uma ética protestante da responsabilidade individual e também nas noções de auto-controle e de disciplina, que foram situadas dentro de uma perspectiva capitalista, tendo os industriais procurado mudar os hábitos de trabalho e os estilos de vida de seus empregados. Tais mudanças incluíam os hábitos de beber dos funcionários, visando garantir uma rotina de trabalho disciplinada e ordenada. As primeiras associações de moderação foram fundadas por empregadores, estando entre eles o próprio Benjamin Rush, que esforçou-se para diminuir ou eliminar as doses habituais que eles bebiam em trabalho e para reduzir o número de folgas, pois estas eram vistas como oportunidades a mais para beber.

As observações clínicas de Rush sobre a ingestão contínua de álcool estavam diretamente ligadas à crença de que o uso abusivo de álcool colocava em risco a habilidade para o trabalho.

Rumbarger (cf. Jarrad, J. : 1991) conclui, através de revisão bibliográfica sobre o movimento de moderação, que um grande número de empregadores e não as igrejas, é que iniciaram tal movimento. Os negociantes ricos alegavam que os empregados sujeitos à moderação eram melhor disciplinados e resistiam menos à autoridade e produziam mais do que os que bebiam. Daí nossa preocupação com o movimento de auto- ajuda, que surge a partir do movimento de moderação, pois este estaria se apoiando na ética protestante da responsabilidade individual, o que leva a um não questionamento dos fenômenos político- sociais e a uma posição alienante diante do mundo, acabando por reforçar um lugar estigmatizado e não produzindo um questionamento de tais processos.

Podemos perceber, então, que a base do movimento de moderação encontra-se em questões políticas, muito mais do que em questões morais-religiosas. A ideologia dominante tentava mostrar que beber fazia parte de uma cultura tradicional, desagregada, perturbada pela desorganização e agressiva, o que poderia levar a um impedimento do desenvolvimento industrial em vigor, chegando a adotar medidas de controle sobre seus funcionários, para que a produção industrial se mantivesse em crescimento.

Algumas das sociedades de moderação mantinham um severo controle da bebida, conforme a visão de Rush. Elas foram contestadas; seguiram-se as sociedades que pregavam a abstinência total, que sofreram um certo declínio. Estas sociedades empregavam a hipótese de Rush, segundo a qual qualquer pessoa estava sujeita a se embriagar, caso começasse a beber, em função do próprio efeito do álcool. O Grupo de Moderação Americana pensava sobre a necessidade de um embasamento científico para os seus programas, que se baseavam em um modelo de vida “sóbrio” e queriam que os bares fossem abolidos da sociedade. O programa dos defensores da abstinência total clamava em favor do controle estatal da compra e venda de bebidas alcoólicas, pois achavam que mesmo que conseguissem “converter” a classe operária, não teriam êxito com os emigrantes recém-chegados, com culturas e hábitos diferentes daqueles que dominavam na sociedade americana.

O modelo que apresentava o excesso de beber como doença, que foi desenvolvido por Rush, Trotten, Huss e outros, preconizou as bases científicas acerca dos problemas relacionados com o álcool. O modelo da enfermidade justificava um programa apoiado na total abstinência, dentro da ideologia de moderação. O objetivo do movimento acabava sendo o de modificar os comportamentos da classe operária, visando uma melhor produtividade.

Os fundadores do movimento de moderação observaram, primeiro, uma série de comportamentos de desvio, os quais eram atribuídos à bebida, como: prostituição, desemprego, crime, pobreza, famílias desagregadas etc. No modelo da enfermidade estes comportamentos eram interpretados como sintomas do próprio mal, fornecendo aos fundadores do movimento uma arma poderosa em suas campanhas, persuadindo as pessoas dos problemas sociais e clínicos do vício. Surgia a mudança de um discurso estritamente moral, para um discurso clínico- moral. As causas dos problemas sociais, econômicos e políticos estavam sendo vistas como fruto do uso do álcool. A ideologia da moderação seguia o dogma do modelo da enfermidade, mas não de forma monolítica. Os líderes religiosos e os reformadores da classe média buscavam o controle estatal da venda de bebidas. Outros negociantes buscavam o controle estatal da venda de bebidas a fim de melhorar o controle sobre seus funcionários. Ou seja, ninguém pensava em tratar o alcoolismo, mas sim, em tratar de questões morais ou político-econômicas.

A história da Sociedade Washingtoniana, uma sociedade de moderação, de auto-ajuda e formada pela classe trabalhadora revela algumas tensões no “Movimento de Moderação”. Esta sociedade foi fundada em 1840 por seis amigos, trabalhadores de campos diversos. Até esta data a maior parte das pessoas achava que o viciado não podia ser regenerado. Os grupos de moderação haviam se centrado em três tarefas: a educação para persuadir o indivíduo que não bebia a não vir a beber ou que bebia moderadamente a parar de beber; o controle da venda de bebidas e a correção dos hábitos de beber, para reduzir drasticamente o consumo. As sociedades de moderação haviam se determinado a reabilitar os viciados.

Já os membros da Sociedade Washingtoniana ou eram viciados ou pessoas propensas à bebida, mas que, uma vez reabilitadas, davam depoimentos de abstinência ou

discursavam em reuniões ou em público sobre suas experiências pessoais para enfrentarem o problema do vício e sobre como passaram a viver como indivíduos sóbrios. A sociedade tinha como objetivo fazer com que “viciados” contribuíssem para a recuperação de outros. Em poucos anos a Sociedade ganhou centenas de milhares de viciados, inspirando outras organizações de auto-ajuda e suscitando a imagem do viciado como sendo a de uma pessoa impedida por sua compulsão de agir sozinha ante o desejo de parar de beber. Porém, o declínio da sociedade foi rápido, sendo sucedida por irmandades de recuperação mais bem organizadas e secretas .

A Sociedade Washingtoniana pregava o amor e a aceitação do viciado como vítima e não como um pecador que precisava se arrepender para ser salvo. Eles apelavam para Deus a fim de ajudar a pessoa a superar o que não podia fazer apenas por si mesma. Estes dogmas levaram à formação dos A.A.

Os membros da Sociedade Washingtoniana aceitaram, porém, os argumentos de que os problemas pessoais, familiares e sociais originavam-se da ingestão excessiva de bebida alcoólica. Porém, um grande número de pessoas da Sociedade que se empenhou em divulgar tais argumentos, logo abandonou tal tarefa. Mas 30 anos mais tarde, nas reuniões em 1812, muitas pessoas passaram a aceitar a idéia de que o álcool era o responsável pelo perigo social e pessoal e com isso identificava-se o viciado como uma vítima do álcool, como alguém que precisava de carinho e amor ao invés de desrespeito ou ameaça de prisão por parte da sociedade, como era comum nesta época.

Os membros dos A.A. oferecem o mesmo programa de ajuda- mútua, perdão e amor, com o intuito de impedir que se abandone o alcoolista. Tais concepções indicam que a ideologia e a prática dos A.A. herdaram o discurso da sobriedade, o qual imperava no movimento de moderação.

O conceito de moderação ou abstinência como estilo de vida tinha-se fixado na estrutura adequada às condições materiais de vida, apontando para uma visão capitalista que começava a imperar, onde difundia-se a ideologia de uma classe trabalhista harmoniosa e sóbria; de uma classe dominada pela consciência de membros que limitam e tentam passar as interpretações de suas experiências visando conseguir apoio para seus conceitos de vida. Nos anos que precederam a Sociedade Washingtoniana, a União de Moderação Americana e outras organizações entendiam como úteis e emocionantes os testemunhos de operários sobre os horrores do álcool e com isso, ao nosso ver, substancializavam uma questão de cunho político, econômico e social, reforçando a ideologia vigente, como o exemplo da depressão de 1837, em um tempo onde a comida e a moradia eram escassas, onde pessoas do movimento de moderação davam seus testemunhos acusando o veneno do álcool por todas as dificuldades que se estava enfrentando, através de uma persuasão moral, em nome de uma república seca livre de conflitos de classes.

A Sociedade Washingtoniana deixou um legado asilar que durou muito mais que a própria sociedade, que desapareceu em 1850. Surgiram espécies de alojamentos, que eram chamados de casas de recuperação do vício, com o intuito de afastar do mundo, para repouso, os ditos viciados e com isso promovendo uma política de segregação em relação ao alcoolista, como vista, também, em relação aos loucos. As críticas em relação a estas casas surgiram quanto ao fato de dizerem que estes lugares estariam sendo usados pelos próprios viciados com a alegação de cura, mas que os mesmos persistiam em seu círculo, através da bebida, do crime, da prisão etc. Os asilos ofereciam um modelo de estrutura física baseado em relações sociais de controle.

Samuel Woodward, superintendente de um dos asilos e uma figura importante na formação da psiquiatria americana, propôs a criação de um asilo de recuperação capaz de oferecer o mesmo tratamento moral que estava sendo destinado aos considerados insanos. J. Edward Turner, um médico clínico, obteve concessão do governo de Nova York em 1854 para construir e cuidar de um asilo de viciados. Antecipando-se aos A.A., ele discutia que a perda do controle aparente sobre a bebida indicava a necessidade de se impor controles ao alcoólico. Além disso mantinha a crença lamarckiana de que o vício podia ser adquirido e transmitido aos filhos. Turner argumentou que o alcoolismo era uma doença específica e que exigia uma instituição distinta para a abstinência forçada. Mas nem todos partilhavam desta teoria. Alguns superintendentes argumentavam que a recuperação não tinha correlato anatômico ou representação orgânica. Muitos psiquiatras temiam que ao conferir o status de doença à embriaguês se estaria concedendo liberdade à indulgência da vontade. No entanto, por volta do final de 1870, tais casas haviam sido fechadas ou transformadas em outras. Os asilos não atendiam a uma população de desempregados, dos desabrigados ou de trabalhadores que precisavam de ajuda para parar de beber e sim a uma população de poder aquisitivo alto, o que descaracterizava completamente a proposta inicial dos asilos.

Já a Associação Americana de Cura dos Viciados (A.A.CI) foi fundada em 1870 como uma associação médica que se destinava a estudar o aspecto constitucional da embriaguês, advogando em favor da teoria da enfermidade psicológica do alcoolismo e das instituições de tratamento. Os superintendentes referiam-se à teoria de degeneração de Benedict Augustin Morel. Eles acreditavam que os fatores ambientais, sobretudo a ingestão do álcool, levava a uma condição na qual o sistema nervoso funcionava de modo degenerativo e “enfraquecido”, condição que deixava a pessoa altamente sujeita aos

desvios comportamentais. Os filhos da vítima podiam herdar uma predisposição celular ao distúrbio nervoso que resultava em um ciclo de degeneração crescente e no comportamento “anormal”. Os filhos de alcoólicos estariam, então, mais sujeitos a beber do que filhos de não alcoólicos. Além disso, havia a crença de que a bebida causava problemas sociais. Com isso, o que havia era uma estigmatização daqueles que se apercebiam da perda de controle sobre o álcool e tal estigmatização tinha como base a teoria de degeneração, de Morel, que se fazia presente tanto nas expressões populares, como científicas. O estigma funcionava como uma luta de certas alianças de grupos dominantes para obter o consentimento de sua visão social e das causas de desordem desta sociedade.

Tanto a Sociedade Washingtoniana, como posteriormente, os Alcoólicos Anônimos, transformaram os rótulos negativos, respectivamente, de “viciado” e de “alcoólico” em fundamento para as relações positivas. Acreditamos que as tradições protestantes confessionais tenham influenciado as duas organizações, assumindo uma estrutura normativa, que definia o vício em termos do indivíduo. Porém, os membros da Sociedade Washingtoniana aceitavam esses elementos ideológicos, mas se opunham à extensão deste discurso em termos de abrangências morais, religiosas e políticas, as quais constituíam a visão global da ideologia da moderação.

A Associação Americana da Embriaguês (A.A.CI) fazia vigorar a importância das instituições asilares, alegando que a embriaguês era uma doença que exigia cuidados médicos. Porém, os médicos não concordavam com a idéia do alcoolismo como doença. A maioria dos psiquiatras tais como John Bucknill acreditavam que os viciados ou eram loucos e deviam ser tratados em asilos para insanos ou que os bêbados eram “viciados”, ou seja, que bebiam por opção própria, o que levaria, mais tarde, a uma concepção de

“doença da vontade”. A maneira como os viciados perdiam o controle sobre o álcool servia de argumentação política e como técnica clínica que levavam a uma segregação legalmente justificada e a uma prática disciplinar em relação aos viciados sem recursos financeiros. Já nesta época, as clínicas particulares atendiam viciados da classe média, enquanto que os abrigos e manicômios funcionavam como verdadeiros “depósitos” para aqueles que constituíam ameaça para a sociedade. As maiores instituições de viciados construídas nunca receberam muito apoio e acabaram sendo fechadas após a 1ª Guerra Mundial.

O debate sobre a natureza do tratamento do alcoolismo reflete uma luta para a legitimidade de diferentes grupos; os superintendentes dos manicômios visavam a aceitação do tratamento psicológico como parte da norma emergente da psiquiatria e os superintendentes dos asilos de viciados queriam a aceitação da noção de doença como parte da característica psiquiátrica do tratamento de viciados. Havia, também, um forte movimento para estabilizar as normas orgânicas de todas as desordens psiquiátricas. O debate teórico aponta para uma disputa de poder por parte dos profissionais da psiquiatria, com o intuito de definir a doença mental e de ter apoio do Estado para uma base institucional de tratamento. Com isso não queremos dizer que os aspectos conflitantes em relação ao tratamento do alcoolismo se resumam a rivalidades profissionais, mas que a burocratização/ institucionalização da medicina promoveu a segregação do alcoolista, baseada em um exame individual, que reforçava a ideologia dominante de produção, ou seja, os seres considerados improdutivos tinham que ser recolhidos para “tratamento” e só saíam de tal situação de reclusão, quando readquirissem sua capacidade produtiva¹⁴.

¹⁴ Para uma discussão mais aprofundada sobre processos segregativos, ver Foucault, 1978.

Logo, o argumento em favor da moderação tinha que tomar um outro caminho. Os prejuízos que a bebida causava só podiam ser combatidos como prejuízos efetivamente distantes do argumento fisiológico. Por volta da virada do século os problemas morais, sociais, econômicos e políticos foram esboçados por líderes de controle que visavam extinguir os bares (ou salões) da sociedade americana. Os líderes da moderação já não traziam a discussão acerca da ação aditiva do álcool, mas dava-se uma nova ênfase ao combate às conseqüências sociais dos hábitos de se beber em público, que eram simbolizadas através do exemplo dos salões.

O discurso do movimento de moderação para o controle social, político e cultural no seio trabalhista visava incitar a construção de uma força de trabalho auto-disciplinada e politicamente bem aceita, que se baseava na abstinência pessoal, no controle estatal do tráfico de bebida alcoólica e na substituição dos salões por instituições “aceitáveis” socialmente.

Uma vez que o conhecimento científico falhara ao manter, mesmo que de modo contraditório, o modelo de enfermidade desenvolvido por Rush, a estratégia do movimento de moderação foi a de se afastar de argumentos científicos para pregar a abstinência total, alegando que o álcool representava risco à ordem social. Com isso, o salão, que era considerado a marca da cultura da classe trabalhista, tornou-se o alvo para o movimento de moderação. Daí a proibição legislativa do álcool, conhecida por “Lei Seca”. Tal lei contribuiu para o fechamento do salão, tão freqüentado pela classe trabalhista. Tal proibição foi, na verdade, uma forma de controle sobre a classe trabalhista, com o intuito de se criar uma classe trabalhista subordinada aos princípios do capitalismo. A proibição era uma fase de um longo processo que tinha como objetivo a criação de “um novo tipo de operário e de homem” (Gramsci). Daí pensarmos o que se

pode produzir a partir de uma cultura da auto-ajuda, onde qualquer dificuldade passa a ser vista como própria ao indivíduo, levando-o a um processo de auto-culpabilização quanto a situações que são evidentemente marcadas por implicações político-econômico-sociais. Este tipo de movimento, baseado na noção de doença, leva a uma posição de vitimização, que, a princípio, parece promover apenas uma maior aceitação, por parte dos vitimizados, de um lugar de segregados, promovendo a criação de guetos que acabam não gerando uma discussão acerca do olhar para o diferente, pois parece-nos que há um processo de normalização, onde o sujeito segregado tenta se adaptar aos padrões “normais” da sociedade, criando uma forma de estar no mundo altamente burocratizada, baseada em normas e regras.

Os elementos do movimento de moderação presentes na estruturação dos A.A. são:

1- o conceito de doença como origem do problema; 2 - a crítica popular de que as pessoas que bebiam de forma excessiva eram, de certa forma, responsáveis por suas ações; 3 - a abstinência como solução dos problemas ; 4 - a bebida excessiva incitava problemas sociais. A inovação de Bill W. foi a de afirmar que a causa do alcoolismo estava no fato de que ele começava a agir dentro do organismo do alcoólico. Tal fato levou a uma mudança do discurso da moderação para o discurso da sobriedade.

O termo alcoolismo foi proposto em meados do século XIX, pelo médico sueco Magnus Huss. Quando o mesmo propõe o termo de alcoolismo crônico, em 1849, o alcoolismo passa a ser visto definitivamente como uma doença (noção de intoxicação crônica). Já na época de Huss, existia um olhar para o alcoolismo como um fenômeno que ultrapassava os limites de uma doença orgânica.

O conceito de alcoolismo foi-se desvinculando, lentamente, da esfera moral para deter-se em seus aspectos fisiológicos. Porém, até meados deste século a visão orgânica

se restringiu aos efeitos provocados pela ingestão do álcool. A partir daí, o período foi se desvinculando da visão moralista, que teve sua base nos ensinamentos do Dr. Rush. O conceito de alcoolismo se desvincula da noção de deterioração crônica do organismo, para situar-se no contexto da “dependência”, ou seja, o conceito passa a ser pensado como uma doença que se relaciona aos padrões de consumo do álcool. A visão substancialista dá lugar a uma visão do alcoolismo como adicção, sendo a doença sediada no organismo do indivíduo e não mais na substância etílica (Levine, 1979).

Szass(1974) faz uma séria crítica quanto a visão que imperava na medicina, da adicção como doença. Diz ele:

“No seu atual uso, popular e profissional, o termo ‘adicção’ refere-se não a uma doença, mas a um tipo de desvio que é desprezado. Por isso, o termo ‘adicto’ refere-se não a um verdadeiro paciente, mas a uma identidade estigmatizada, usualmente usualmente gravada numa pessoa contra sua própria vontade”.

Berridge(1994) aponta para o fato de que

“Szass negou que houvesse uma base farmacológica para a adicção; ele interpretou sua emergência como parte da prática de ‘medicalizar’ os problemas sociais. A adicção a drogas — e o alcoolismo — eram estruturas virtuais que se adequaram às estratégias de profissionalização dos médicos clínicos, psiquiatras e alienistas em particular.

As idéias de Szass estavam enraizadas no radicalismo do final dos anos 60 e 70 do século vinte e foram, recentemente, submetidas à revisão. A teoria do desvio e da

rotulação não estão mais em voga. A ‘anti- história’ da medicina e da saúde, praticada por Szass, Illich e outros, tem sido atacada. O ‘cientificismo’ da escola da ‘marcha do progresso’ pode, na verdade, ser criticado, mas a ‘anti- história’, por sua vez, fracassou, à medida que não deu a devida atenção às complexidades das experiências passadas de saúde”.

Concordamos que Szass foi um tanto radical, pois acreditamos que a adicção é um fenômeno tanto social como orgânico e político. Contudo, é importante levarmos em conta a colocação de Szass quanto a noção de doença e de desvio, pois quando um sujeito se coloca no lugar de doente, ele pode se colocar numa posição de passividade, onde o seu próprio saber fica de lado. Daí o interesse pelo grupo de auto-ajuda, pois neste, ao mesmo tempo que se adota um construto como o de doença, não se restringe o saber sobre a doença ao médico, mas quase que exclusivamente ao sujeito que sofre e a um Deus que sabe tudo sobre ele. Parece-nos que há apenas uma troca de referência aos saberes: de um saber científico a um saber religioso/ místico. Segundo Soares(1994)

“A despeito das diferenças que se ocultam sob o rótulo de ‘doença’, existe, hoje, um razoável consenso entre os profissionais da área, em torno da noção de que o alcoolismo circunscreve uma patologia das formas de consumo alcoólico, constituindo, em muitos casos, uma doença primária, embora possa, em outros, associar-se ou derivar de psicopatias diversas. O aspecto central da doença recai, como na definição do Dr. Rush, sobre a incapacidade ou a dificuldade de controlar a quantidade de bebida ingerida, embora as referências conceituais não coincidam nos dois casos”.

Em função da instabilidade dos padrões de uso do álcool e da pluralidade de respostas (biológicas, psicológicas e culturais) à ingestão de álcool, o alcoolismo vem sendo descrito por estudiosos do assunto, como uma síndrome (ADS- Alcohol Dependence Syndrome) e inserido em um continuum variável, que dilui as delimitações entre alcoolistas e não-alcoolistas (Hilton, 1984).

Para o grupo de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos, o alcoolismo é visto como uma doença física e espiritual, incurável, progressiva e fatal. Partem da noção de alergia ao álcool e o alcoolista se diferencia das outras pessoas somente pelos efeitos que o álcool lhe causa (efeitos orgânicos provocados pela ingestão do etanol e pelo comportamento compulsivo diante da bebida). Esta definição substancialista do alcoolismo, defendida por Alcoólicos Anônimos, traz a aceitação da noção de compulsão. A noção de doença, definida pragmaticamente¹⁵ pelos A.A. “funciona como um instrumento de desestigmatização, capaz de propiciar o abandono de concepções moralizantes, geradoras de culpa que alimenta o círculo do beber” (Soares. 1993:265).

Para uma maior compreensão do termo alcoolismo, situaremos o surgimento do mesmo e suas modificações, através dos discursos médico, psicológico e jurídico. Vejamos o discurso médico, através da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria.

Em 1893 surgiu a primeira Classificação Internacional de Doenças, que incluía na seção II, Doenças Gerais:

¹⁵ A concepção filosófica do Pragmatismo será desenvolvida posteriormente.

“E. Envenenamentos Crônicos:

66. Alcoolismo, agudo ou crônico.

Inclui: Alcoolismo agudo. Embriaguez. Etilismo. Intoxicação alcoólica. Alcoolismo crônico

Delirium tremens. Absintismo. Absintemia. Dipsomania. Exclui: Cirrose alcoólica (122 a).

Paralisia geral alcoólica (76).

Ateroma (91b) e qualquer outra doença orgânica atribuída ao alcoolismo

Ambliopia por intoxicação (985 e).”

Esta categoria permaneceu a mesma até a 4ª revisão (CID 4), que ocorreu em 1938.

Até essa época o alcoolismo foi visto como uma doença constitucional, ou seja, que afeta o organismo como um todo. Já em 1931, o Royal College of Physicians, de Londres, publicou sua classificação, que foi conhecido apenas pela referida instituição. Nela, o alcoolismo deixa de ser considerado uma doença geral e passa a ser considerado uma doença mental.

Os CIDs 6 e 7, sob influência dos médicos londrinos, incluíram o alcoolismo dentro dos “transtornos mentais, psiconeuróticos e de personalidade”.

Em 1952, a OMS, através de seu sub-comitê de alcoolismo, definiu os alcoólatras como:

“aqueles bebedores excessivos cuja dependência de álcool atingiu tal grau que mostra um transtorno mental observável de uma interferência em sua saúde corporal e mental, em suas relações interpessoais e em seu funcionamento social e

econômico; ou aqueles que demonstram sinais prodrômicos de tais desenvolvimentos(OMS,1952)”.

Já o comitê de especialistas em álcool e alcoolismo de 1955 não sublinhou a importância de critérios físicos, especificando que o alcoolismo consiste numa doença crônica caracterizada por um transtorno fundamental do sistema nervoso que se manifesta em nível comportamental por um estado de dependência física. As formas principais dessa dependência são ou a incapacidade de parar de beber antes do estado de intoxicação ser atingido ou a incapacidade de se abster de beber devido ao aparecimento recorrente de sintomas de abstinência (OMS,1955 a ,b). As definições da OMS estão em concordância com a classificação do alcoolismo(código 303) no CID-8 sob o título de “Transtornos mentais ou outros transtornos mentais não-psicóticos”. Aí o alcoolismo foi usado, seguindo a definição de 1952, como uma categoria que inclui a subcategoria de bebedores excessivos episódicos(uso excessivo periódico); bebedores excessivos habituais(continuam a beber em excesso) e adição ao álcool(dipsomania, alcoolismo crônico, etilismo crônico).

No CID-8 alcoolismo é definido como “ingestão episódica excessiva, ingestão ocasional excessiva, adição alcoólica (alcoolismo crônico), outros”. Na 9ª revisão (CID-9), de 1977, foi empregado, pela primeira vez, o conceito de dependência, através da classificação de “síndrome de dependência do álcool”.

Apesar de ainda estar classificado sob o título de “outros transtornos mentais não psicóticos”, o CID-9 deixou de lado o termo alcoolismo, favorecendo o de síndrome de dependência do álcool(SDA).A síndrome de dependência passa a ser vista como um

grupo de sintomas interrelacionados.

No CID-10 fala-se do “uso nocivo de álcool”(em oposição à “abuso de álcool”, empregado no CID-9) e de “síndrome de dependência do álcool”. Neste momento, tanto os aspectos físicos como psicológicos uniram-se sob a definição de dependência de drogas, que foi idêntica à definição de dependência de álcool.

4 - UMA DISTINÇÃO ENTRE OS CONCEITOS DE MÚTUA- AJUDA E DE AUTO-AJUDA

O termo auto-ajuda é usado geralmente para contextualizar situações históricas, onde outras formas de apoio estão disponíveis e são politicamente aceitas. O conjunto que reúne os grupos de ajuda mútua nas sociedades pré- industriais não é, geralmente, denominado de auto- ajuda e a própria medicina popular só passou a ter esta característica - a auto- ajuda- quando surgiu a possibilidade de *experts* profissionalmente preparados colaborarem com esta iniciativa. Desde que a auto- ajuda passou a ser vista como uma forma alternativa para qualquer outra forma de atuação, o termo passou a ser passível de aportes ideológicos variáveis. O conteúdo ideológico de auto-ajuda se torna mais diversificado no momento em que políticos conservadores incentivavam a população de baixa renda a se apoiar mais em seus próprios recursos do que se organizarem em comitês de defesa de ajuda mútua .A auto- ajuda sempre esteve ligada ao movimento de classe operária na Inglaterra (Jarrad,1991), enquanto a ajuda mútua expressava e fortalecia o orgulho coletivo. A alternativa histórica em favor da auto- ajuda pode ser caracterizada como caridade privada, regulamento estatal ou poder de *experts*. Existem diversas definições quanto ao que seria auto- ajuda. Segundo Rootes, L.E.; Aanes, D. L. (1992:379-81) um grupo de auto-ajuda “é um grupo voluntário que valoriza a interação pessoal e a ajuda mútua como meios de alterar ou amenizar os problemas identificados pela maioria de seus participantes como alteráveis, urgentes e pessoais”.

A auto-ajuda pode ter um caráter de defesa ou de emancipação. Vemos os grupos de Alcoólicos Anônimos como um movimento de auto- ajuda de caráter defensivo, pois os alcoolistas passam a se fechar em grupos, onde os sujeitos teriam uma “obsessão mental”

em relação ao álcool, o que leva a um olhar individualizante em relação ao alcoolismo, reforçando um lugar de segregação para tais sujeitos. Já o movimento da auto-ajuda desenvolvido pela classe operária na Inglaterra do século XIX apresentou um caráter de emancipação de uma classe que pôde discutir um processo de segregação em função de mudanças político-econômicas. Logo, os movimentos de auto-ajuda podem apresentar princípios diferentes, ou seja: de mudanças coletivas ou individuais, levando a construção, respectivamente, de uma identidade social ou pessoal. A característica do movimento de auto-ajuda na atualidade é a de promover mudanças pessoais, que se relacionam a uma estabilidade econômico-social, mas sob um enfoque individualista.

Katz e Bender (1976) caracterizam os grupos de auto-ajuda como voluntários e dizem que os membros de tais grupos perceberiam suas necessidades individuais como não podendo ser solucionadas através de instituições sociais existentes. Tais grupos enfatizariam que é através das interações sociais, que se chega à conscientização da responsabilidade de cada membro e promulgariam uma ideologia própria ou estabeleceriam valores que permitem aos membros alcançar um sentido de identidade pessoal¹⁶. Para Katz esta caracterização do grupo de auto-ajuda seria suficiente para diferenciá-los dos grupos de mútua-ajuda, pois estes exerceriam um poder político ou econômico tais como uniões, cartéis, grupos corporativistas etc. Daí considerarmos o movimento dos A.A. como um movimento de auto-ajuda e não de mútua-ajuda, pois os A.A. não exercem um poder político ou econômico e têm como característica a construção de uma identidade pessoal.

¹⁶ Grifo nosso. No grupo de mútua-ajuda haveria um movimento para a produção de mudanças político-sociais e não só um olhar para o indivíduo, como se fosse possível fazer essa dicotomia indivíduo/ sociedade.

O movimento dos Alcoólicos Anônimos é visto como o precursor de um movimento importante e representativo de auto-ajuda, que teve início no final das últimas décadas.

Para um entendimento histórico do novo movimento de auto-ajuda faz-se necessária a identificação das principais dimensões que distinguem estes novos grupos daqueles que os precederam, na Inglaterra do século XIX. O protótipo clássico de auto-ajuda é a sociedade amistosa, uma instituição criada pela classe operária inglesa para enfrentar os efeitos de ruptura da economia de mercado. Os grupos de auto-ajuda, na Inglaterra do século XIX surgiram como sistemas de segurança mútua e como fundos de apoio para as despesas com o desemprego, doenças e funerais. A auto-ajuda no século XIX tinha sua origem na economia, embora incluísse importantes aspectos de auto-aperfeiçoamento, entre eles a educação formal dos indivíduos e o controle da bebida. Em relação aos novos grupos de auto-ajuda, podemos perceber que a questão econômica deixa de ser a marca dos mesmos, que passa a ter como questão central, a tentativa de solucionar problemas pessoais, através de mudanças internas, apesar de alguns grupos de auto-ajuda envolverem-se em causas políticas (Rootes, L. E.; Aanes, D. L., 1992). A prática da auto-ajuda que fortalece a construção de um coletivo é a que nos interessa, pois passaria a ver o sujeito como produção e não como uma dada entidade. Percebemos que a mútua-ajuda favorece, de forma mais enfática, a construção de um coletivo.

As sociedades amistosas ofereciam segurança econômica, além de possibilitar a convivência entre os membros e modificar, desta forma, a visão que eles tinham de mundo (Jarrad, J., 1991; Thompson, 1979). Segundo Mäkelä (1992) os grupos de auto-ajuda favorecem a adequação a uma existência “desconhecida”.

Uma das principais diferenças entre os antigos e os novos grupos de auto-ajuda tem sido o critério de associação e de relação dos membros nos grupos sociais independentemente existentes. Na Inglaterra do século XIX a auto-ajuda teve um crescimento direto nas relações sociais estáveis e graças a ela os membros estabilizaram seus laços sociais. Nos novos grupos de auto-ajuda, o quadro de seus membros se baseia nas experiências individuais de vida de cada um, as quais não são vistos como reflexos diretos da posição social, o que permitiria, assim, que os membros entrassem nos grupos como átomos independentes. Desta forma, segundo Mäkelä(1992), a experiência existencial de cada indivíduo substitui o destino social coletivo; a auto-ajuda moderna representa, para ele, um tipo totalmente novo no conjunto de grupos sociais. E, com isso, não se identificam com grupos profissionais formais ou informais, já que a base destes grupos não é um desempenho instrumental, mas um desempenho individual prático. Essa experiência individual de cada membro extrapolaria o clã, o trabalho e a etnia.

Discordamos de tal posição, pois a mesma favorece um olhar solitário para questões que se referem diretamente a contextos político-sociais e, assim, impedem uma transformação histórica, localizando no indivíduo um dado problema, daí tal prática nunca ter sido criticada por parte dos poderes estatais, já que aliena o indivíduo dentro de um olhar extremamente simplista.

Os grupos de auto-ajuda podem ser extremamente locais, ao mesmo tempo que podem estender-se para o mundo todo, como é o caso de Alcoólicos Anônimos.

Os A.A. conforme relata Katz(1961) seriam um grupo de auto-ajuda que teriam conseguido fugir da profissionalização e da burocratização, que vinham sendo as características naturais dos movimentos de auto-ajuda, em seus percursos finais. Os A.A.

seriam um caso particular de grupo de auto-ajuda, em função de seu tempo de existência e por ser um movimento internacional, que se estende a diversas culturas, mantendo uma estrutura que é considerada anti-burocrática e anti-hierárquica, há mais de 50 anos. Porém, durante o trabalho de observação dos grupos dos A.A. e através de um estudo da bibliografia produzida pelos A.A. percebemos uma hierarquia clara através dos membros mais antigos em relação aos mais novos e de um processo identificatório destes últimos em relação aos primeiros.

Mäkelä (1992) citando Gerlach (1983), aponta para o fato de que a ciência social do ocidente procura igualar a eficácia organizacional à estrutura burocrática e que as organizações que carecem de uma estrutura centralizada e de uma divisão clara de trabalho e poder são consideradas como embriões de uma organização formal. Gerlach afirma que as estruturas celulares segmentadas podem significar organizações muito eficientes, mesmo nas sociedades modernas. O sucesso dos A.A., segundo Mäkelä, reforça tal argumento.

Há três tipos de organizações de auto-ajuda para alcoólicos: os grupos de pacientes sobre liderança e supervisão de profissionais; os Links (grupos existentes na Suécia¹⁷), que representam uma expansão do princípio de solidariedade dos movimentos de massa clássicos em relação a uma categoria de desvio individual e os A.A., que se identificaram na afinidade entre átomos individuais em situação existencial semelhante. Tanto o primeiro como o último exemplo, apresentam um olhar individualizante para uma prática grupal, o que nos faz lembrar dos movimentos de grupo pós-revolução de 1964, no Brasil. Na época, o processo de repressão militar levou a um esvaziamento dos movimentos grupais, havendo a prática grupal servido, a partir de então, a um movimento de

¹⁷ A prática dos Links será vista mais adiante.

individualização, que reforça o processo de alienação do sujeito e não mais o seu “lugar” político e social. Creemos ser esta a posição dos A.A., em função de trazerem um “lugar” extremamente individualizante, através de uma cultura de pares, que nega a questão da diferença e reforça um olhar organicista para a situação do alcoolismo, não participando de uma discussão social mais ampla quanto ao fenômeno do alcoolismo. É importante ressaltarmos que a tarefa dos A.A. é a de reforçar o sentimento de igualdade básica entre os membros. Este tornou-se muito presente através da Revolução Francesa e de movimentos nos EUA em prol da igualdade de direitos. Mas com isso, nega-se a diferença, como ocorreu com os loucos, que para se tornarem iguais, teriam que recuperar a dita razão. Desta forma, em nome da igualdade podemos adotar uma posição extremamente excludente, não se respeitando as diversas formas de estar no mundo. Um exemplo disto foi o esforço do movimento feminista da década de 70 para marcar a igualdade existencial de todas as mulheres, que tentou unir mulheres de classes sociais diferentes e percebeu-se que havia dificuldade para que as mesmas identificassem uma igualdade quanto às existências femininas .

Segundo uma visão comum, os grupos de auto-ajuda obtêm os seus resultados através de um conjunto de processos sócio- psicológicos: confissão, catarse, identificação mútua e alteração de sentimentos estigmatizados. Este aspecto negligencia o fato mais importante para os membros , que é o sistema de crença de cada grupo e que se expressa através da interação grupal (Antze,1976). Daí não podermos pensar nos A.A. como processos de dinâmicas de grupo. Os A.A. têm como objetivo reestruturar as relações entre o eu e o mundo externo, o que pode ser pensado, também, historicamente, como tendo sofrido uma influência da Psicologia do Ego norte-americana.

Apesar dos A.A. não advogarem em favor de crenças teológicas, as raízes históricas dos mesmos estão firmemente apoiadas nas tradições cristãs e protestantes. Nos A.A., segundo Mäkelä (1992), a espiritualidade significa mais uma conferência pessoal do que ecumênica, não havendo uma preocupação quanto ao conteúdo de uma crença, mas sim ao que ela pode promover, no sentido da ação. Os A.A. aconselham os recém-chegados a deixarem de lado quaisquer dúvidas ideológicas e simplesmente experimentar o programa, o que reforça ainda mais nossa hipótese de promover alienação, pois a proposta é de se entregar inteiramente a algo, sem questionamentos, pois caso contrário, a dúvida se instauraria. Mas para nós é exatamente a dúvida que produz mudança e não a certeza ou a fé incondicional em algo.

Partamos, então, para compreender o que gerou esta valorização da fé; da remoção da dúvida.

5- A INFLUÊNCIA DO PRAGMATISMO PARA O GRUPO DE AUTO-AJUDA

“O máximo da vivacidade de uma hipótese significa o desejo de agir irrevogavelmente. Na prática isto significa fé”.

(WILLIAM JAMES)

Os princípios de uma organização de auto-ajuda, como os Alcoólicos Anônimos, derivam-se da filosofia pragmática. A entrega incondicional ao álcool e a crença em um poder superior para superar o problema, estão bem baseados na filosofia pragmática, como também, o processo de recuperação dos A.A., onde, para tal, são utilizados os meios pragmáticos de : perseverança, consenso grupal e apoio útil.

O termo pragmatismo tem origem grega e significa ação. O termo foi introduzido pela primeira vez, em filosofia, em 1878, por Charles Peirce. Peirce dizia que nossas crenças são regras de ação.

Segundo James (...) o método pragmático não é algo novo, pois representa uma atitude bastante comum em filosofia, que é a atitude empírica.

A filosofia pragmática foi desenvolvida no final do século XIX e início do século XX (Martens,1975). O pragmatismo é uma filosofia ou doutrina que parte de qualquer afirmação simples, dada as suas conseqüências práticas e seus interesses humanos; seu princípio central é o de que estas idéias deveriam ser desenvolvidas apenas em termos de suas conseqüências práticas. O critério de verdade seria o funcionamento de uma idéia. Se uma idéia funciona, ela é verdadeira. Se não tem aplicação prática, não tem sentido. Tal

visão implica em uma necessidade de avaliação empírica e por esta razão foi largamente aceita pela moderna filosofia da ciência.

James alegou que somente em sua época é que se pensou o pragmatismo como “(...) uma missão universal” e com um “destino conquistador” (1967:46). É importante ressaltar os termos utilizados por James: missão e conquistador. Tais termos nos levam a pensar sobre uma pretensão de verdade universal que deveria ser incorporada, como através das “missões religiosas”, pelos povos conquistados, ou seja, a um processo de colonização, onde o saber próprio de uma dada cultura fica de lado, em nome de um saber universal. Tal fala é contraditória à própria proposta do pragmatismo, que é a de pensar sempre sobre a utilidade de algo, em termos da vida prática. O próprio James falava “que nenhuma teoria é absolutamente uma transcrição da realidade, mas que qualquer delas pode, de certo ponto de vista, ser útil” e que as teorias são apenas “uma linguagem humana”(1967:49). E é partindo de tal noção de linguagem que afirmamos que nenhum método pode ser universal, pois todo método já traz em seu bojo toda uma visão cultural, que não pode ser pensada universalmente.

William James, o mais extremado dos pragmáticos americanos, tentou reduzir a verdade à utilidade. Ele defendia o fato de que uma idéia mantinha-se como verdadeira até o momento em que a crença em tal idéia nos fosse útil em nossas vidas. Nas formas modernas de pragmatismo, hoje geralmente denominado de “instrumentalismo”, a utilidade é entendida como sucesso no controle e na previsão de acontecimentos futuros.

Para James “verdadeiro é o nome do que quer que prove ser bom no sentido da crença, e bom, também, por razões fundamentadas e definitivas”. Podemos pensar, aqui, sobre a categoria de “Poder Superior” dos A.A., pois pode ser útil para o alcoolista ter a crença em um poder superior a si mesmo, que funcione como um limite para seu ato de

beber e como uma forma de dividir a responsabilidade sobre tal ato. Assim, a crença em um poder absoluto, no “Poder Superior” (seja Deus, seja o grupo de A.A.) poderia ser útil, caso não entrasse em choque com todas as outras crenças do sujeito. Logo, novamente, reforçamos a impossibilidade de uma metodologia universal, como a proposta pelos grupos de auto-ajuda , já que nem todos os sujeitos vão possuir crenças que coincidam com as crenças em um poder superior, na crença no alcoolismo ou na loucura como doença etc.

James deixa claro que possui a crença em um Absoluto, pelo bem que a mesma lhe proporciona. Argumenta que a noção de “Deus” teria, sobre outras noções correntes em filosofia, uma “superioridade prática” (1967:73), pois garantiria uma ordem prática permanente, que promoveria a afirmação de uma moral eterna e a permanência da esperança. Daí a utilidade do termo, já que, para ele, o materialismo significaria a negação de que a moral é eterna e, conseqüentemente a eliminação das esperanças. James traz uma concepção baseada no dualismo matéria x espírito. Fala que “a fé espiritualista, em todas as suas formas lida com um mundo de promessa, ao passo que o sol do materialismo põe-se em um mar de desapontamento” (1967:74). Ele acredita que a evidência de Deus reside em experiências pessoais internas. Tal concepção é extremamente valorizada pelo grupo de auto-ajuda, quando se propõe acreditar em um poder superior (segundo passo) , a uma entrega da própria vontade e da vida aos cuidados de Deus (terceiro passo) , levando à promoção de um despertar espiritual (décimo segundo passo). A palavra Deus teria o significado prático de promessa, de acreditar que coisas melhores podem vir a acontecer. Ainda segundo James (1967:80) o pragmatismo “(...) vira as costas completamente ao ponto de vista intelectualista. Deus está no céu;

tudo está certo com o mundo!”. James foi marcado pelo protestantismo e chega a falar na criação de um protestantismo filosófico.

James aborda questões importantes referentes à concepção pragmática de mundo. Uma delas é a de que “o mundo é, pelo menos, um sujeito de discurso” (1967:86) e que tal visão não determina um discurso monista, mas, sim, uma multiplicidade de abordagens e que haveria uma imbricação entre os diversos discursos e que o conjunto de dadas conexões criaria um sistema, uma “unidade causal do mundo”. Tal unidade foi didaticamente dividida, por James, em: unidade genérica e unidade de propósito. A unidade genérica é, segundo James, a mais importante forma de união entre determinadas coisas. Seria a capacidade de generalização a partir de dadas particularidades¹⁸. A concepção de unidade genérica está muito presente nos grupos de auto-ajuda, pois há sempre uma agregação de histórias particulares que apresentem um tema comum: por exemplo, o alcoolismo e a doença mental. Para James a unidade de propósito tem sempre como objetivo o controle, como por exemplo dentro dos sistemas administrativos, industriais, militares etc. e ele aponta a não possibilidade de uma unidade absoluta. O pragmatismo, então, adota o ponto de vista da pluralidade do mundo, explicando que o mundo seria unificado através de seus múltiplos sistemas e propósitos. James alega que a visão de uma unidade teleológica absoluta, que implica em um “sabedor de tudo” é uma hipótese do Racionalismo, mas que o Pragmatismo adota a idéia de uma unidade intelectual que seja humanamente familiar. A concepção de Deus, nos grupos de auto-ajuda, é uma concepção mística. Segundo James, “o modelo de todos os sistemas místicos é a filosofia védica do Hindustão e o modelo exemplar dos missionários védicos foi o falecido Swami Vivekananda(...)”. “(...) O método do vedismo é o místico. Não se

¹⁸ James usa o termo singularidade, mas usamos particularidade, para diferenciar da “singularidade”(Guattari).

raciocina, mas após seguir-se certa disciplina, começa-se a ver, e tendo-se visto, pode-se reportar a verdade”. (1967: 94-95). Esse exemplo da filosofia védica citado por James, referenda a visão mística dos grupos de auto-ajuda, onde a crença em Deus, através de uma experiência mística, como a citada por Robert Smith, deixa claro que tal experiência é apenas sentida, sem que haja uma tentativa de compreensão da mesma. Podemos dizer que a disciplina viria através da metodologia dos 12 passos, das 12 tradições e dos 12 conceitos. Portanto, encontra-se presente, nos grupos de auto-ajuda, tanto uma concepção pragmática quanto uma concepção mística de mundo, onde existiria o “sabedor de tudo”. Para James todos nós teríamos o “germe do misticismo”. A teoria do Absoluto torna-se um artigo de fé, que não tolera graus. Nos grupos de auto-ajuda percebemos a presença tanto do absoluto, quanto do particular. Um exemplo de tal fato foi a mudança, através dos grupos de auto-ajuda, quanto à concepção de alcoolismo, pois antes da existência dos mesmos, afirmava-se que qualquer pessoa desencadearia a doença alcoolismo caso ingerisse a substância — álcool . Os grupos dos A.A. particularizaram a questão, trazendo a noção de graus de ingestão para os ditos normais e a noção de abstinência somente para os que apresentassem a doença do alcoolismo.

James classificou em três, as formas de pensar o mundo: o senso comum, a ciência e a crítica filosófica. O senso comum, para James, surgiria a partir de descobertas de nossos ancestrais que se preservariam ao longo de períodos subseqüentes e que, de forma prática, representaria um bom julgamento. Para a filosofia seria o uso que se faz de certas formas intelectuais ou de categorias do pensamento. Para James poderíamos chamar o senso comum de um nível crítico do pensamento. Ele aponta tal forma de pensar como a melhor para a esfera da vida, mas não desqualifica as outras formas.

As idéias de James diferiam em muitos aspectos daquelas dos positivistas e behavioristas, que os influenciou. Como no positivismo, ele enfatizava a experiência como um fundamento de conhecimento e de utilidade. Contudo, a sua idéia de “experiência” e de “utilidade” é muito mais ampla. James rejeitava a idéia de que todas as ciências pudessem ser reduzidas à física e estava muito interessado nas experiências místicas e religiosas. Diferente da noção de utilidade, para o Instrumentalismo, que a vê como uma qualidade das teorias testáveis, James se preocupava especialmente com o valor das idéias que não podiam ser testadas, tais como as crenças religiosas. Ele afirmava que nós tínhamos o direito de aderir às crenças religiosas, mesmo que estas parecessem inusitadas ou duvidosas, em função das vantagens de terem sido adquiridas através da fé. Tais vantagens não tinham nada a ver com a afirmação de eventos observáveis. James traçou um caminho em relação ao seu conceito de experiência religiosa, que está bastante presente na prática dos A.A.: “a única coisa que a experiência religiosa inequivocavelmente afirma é que nós podemos experimentar a união com algo maior que nós mesmos e nesta união encontrar a nossa maior paz”. (James,1967:86). James reconheceu que a verdade das crenças míticas não podia ser estabelecida através de meios científicos. Enfatizou, então, os aspectos psicológicos da crença:

“Nesse ínterim, as necessidades práticas e as experiências de religião me parecem suficientemente unidas pela fé que ultrapassa cada indivíduo e de modo contínuo permanece com ele; existe uma força maior que está intimamente ligada a ele e aos seus ideais. Tudo isto que os fatos exigem significa que o Poder deveria ser tanto um outro e maior do que os nossos egos conscientes. Não haverá nada maior que

apenas o suficientemente amplo para confiar-se a um próximo passo”(James,1967:97).

Ainda segundo James(1967:11)

“A nossa índole passional não apenas legitimamente pode, mas deve decidir entre proposições todas as vezes que esta proposição é uma opção genuína que não pode por sua natureza ser decidida em fundamentos intelectuais”.

O alcoolismo, para os Alcoólicos Anônimos, é pensado exatamente como a proposição de James, citada acima, pois não é importante buscarmos razões para o consumo excessivo de álcool, mas sim, termos a crença no sucesso das próprias ações de um indivíduo e da realização de tarefas concretas que possam levar a uma direção : que leve a readquirir o controle sobre sua própria vida. Uma articulação do pensamento de James e o pensamento dos A.A. é vista através do exemplo, dado por James, do escalador de montanhas, onde o mesmo teria se colocado em uma posição tal, que só por um lapso de tempo poderia se salvar. James fala que se o alpinista tiver fé, poderá se salvar (cf. “A vida é digna de se viver?”. p.59) . Segundo a Irmandade dos A.A. não adianta ao alcoólico pensar como se meteu em tal situação, como no caso do escalador de montanhas, mas que a única coisa válida em tais circunstâncias é eliminar a dúvida e penetrar em uma sobriedade completa, como o único modo que tem para salvar sua vida. Em ambos os casos (do escalador de montanhas e do alcoólico) parece razoável renunciar à dúvida, para acreditar e fazer uso completo do poder sugestivo da crença. Tanto para James, como para os A.A., cada um deveria acreditar que a fé é a única forma

que eles têm de escapar. Tal argumento afirma que a fé, que é a crença em alguma coisa, tem duas funções psicológicas: a sugestão e o reconhecimento. A fé seria uma fonte de poder sugestivo que pode fortalecer a habilidade de agir e mobilizar as reservas de forças necessárias à ação e também a um reconhecimento que ajuda a diferenciar o curso útil ou inútil da ação. Pela experiência aprendemos a acreditar naquelas hipóteses que levam a adequar a ação e descartar as hipóteses inadequadas. Ou seja, a fé teria a função de afastar aquelas hipóteses que levam às conseqüências indesejáveis da ação.

A análise de procedimento, refere-se, no caso dos A.A., à decisão de parar de beber. Entretanto, para o alcoólico, seria necessária uma mudança de efeito permanente. Segundo Peirce, há dois sentimentos básicos que estão envolvidos ao se atribuir julgamentos: dúvida e fé. Eles difeririam particularmente quanto às suas conseqüências práticas. Apenas a crença poderia levar à ações contínuas, seguidas pela ação habitual. Os A.A. fundamentam as suas tradições e os seus passos no conceito de fé, através da afirmativa de que a única chance que o alcoólico tem para lutar contra o alcoolismo é construir crenças que, conseqüentemente, levam à ações habituais, como a contenção ou a rejeição ao álcool. A presença de uma fé incondicional está claramente expressa no primeiro passo dos A.A.. Tal presença não deve levar à afirmação de que a crença ou a fé são, em geral, mais vantajosas do que a dúvida ou a reflexão das causas. Porém, a justificativa dos A.A. quanto ao poder da crença, se baseia na experiência de seus membros. Mas devemos estar atentos ao uso da sugestão como instrumento para resolvermos todo e qualquer problema do ser humano, pois a prática baseada na suggestionabilidade pode levar à produção de subjetividades alienadas. Parece-nos que a manutenção da prática dos A.A. se deve, preferencialmente, à estabilização da fé e à crença a longo prazo, através da aplicação de princípios pragmáticos.

Os A.A. em sua variedade de formas afirmam que o sistema de crenças dos alcoólicos, uma vez estabilizado, será justificado cada vez mais. Os métodos utilizados nos A.A. foram descritos pelos filósofos pragmáticos.

O primeiro fator para a estabilização da convicção é a perseverança (cf. Peirce,1877 in: Rehm,J., 1992). Ela é expressa através da reiteração constante e ritual da crença- base. No caso de A.A. temos como exemplo as frases introdutórias ao programa, onde cada um se apresenta da seguinte forma: “Meu nome é fulano e eu sou um alcoólico” e outro exemplo é o núcleo dos princípios básicos, através dos 12 passos e das 12 tradições, que são sempre colocados no centro dos trabalhos em grupo.

O segundo fator é o consenso. Peirce e outros filósofos pragmáticos consideram o consenso como o método mais importante para testar o que considerava a verdade das teorias ou hipóteses científicas (Peirce,1877; James,1975 in: Rehm, J., 1992). Desde o início, o consenso desempenhou um importante papel estruturante para o programa dos A.A., uma vez que os grupos foram escolhidos para serem a forma de organização mais importante da estrutura dos A.A. e os grupos dos A.A. decidem mais através do consenso do que por regras majoritárias. Além disso, dentro dos grupos, os membros afirmam um para o outro, repetidamente, que eles não estão no caminho certo e que os princípios dos A.A. são os indícios para o caminho da sobriedade. Desta forma, eles fortalecem as convicções correspondentes tais como “eu sou um alcoólico e eu posso tornar-me sóbrio, mas eu nunca poderei beber de modo controlado”.

O terceiro princípio é o da utilidade. De acordo com James, uma idéia é verdadeira quando é útil para nós acreditarmos nela. Embora uma tal afirmativa tenha sido, inclusive, questionada pelo próprio James, ela pode ser observada no contexto atual, em situações onde passa a ser útil acreditar em certas hipóteses.

Como podemos perceber, a metodologia utilizada pelos grupos de auto-ajuda está impregnada da filosofia pragmática, onde a noção de utilidade pode ser levada ao extremo, a ponto de fixarem sujeitos a identidades estanques, em nome da utilidade que passa a desempenhar o sujeito em uma dada sociedade, ficando visível o olhar capitalista presente aí: cria-se uma identidade permanente, para que o sujeito mantenha-se alienado das implicações sócio-culturais que determinam a necessidade de tal identidade permanente.

6- A PRÁTICA DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: O PRIMEIRO GRUPO DE AUTO-AJUDA.

6.1 - O Percurso Histórico de Alcoólicos Anônimos

O movimento dos A.A. surgiu em 1935 no seio da classe média alta norte-americana.

Os Alcoólicos Anônimos são uma associação de pessoas que se ajudam, voluntária e mutuamente, a parar de beber. Tal associação foi fundada nos Estados Unidos da América, depois de ter sido revogada a “Lei Seca”, ou seja, a lei que proibia o uso/ venda de bebidas alcoólicas dentro de todos os estados norte- americanos. Tal dado é bastante relevante, pois podemos pensar que os A.A. surgem dentro de um contexto de uma “comunidade imaginária”(Anderson,1983 in: Arminem,I, 1992), ou seja, dentro de uma ideologia de controle social, sendo vista como produtiva e harmoniosa somente a sociedade onde o álcool não estivesse presente. Os A.A. mantêm, para nós, a ideologia do controle, deixando, em parte, a visão substancialista (o álcool como causa de todos os males da sociedade) de lado, mas, ao mesmo tempo, impõem uma visão de doença que culpabiliza os sujeitos que têm problemas com o álcool, olhando para o fenômeno do alcoolismo através de uma visão extremamente cartesiana, que vê o álcool como causa de todas as dificuldades do sujeito diante do mundo. Com o surgimento de Alcoólicos Anônimos e com a revogação da “Lei Seca”, parte-se de um olhar de eliminação do álcool, da sociedade, para a segregação, apenas, dos chamados “alcoólatras”. Os A.A. podem ser vistos como uma organização segregadora, já que não questiona o alcoolismo como um fenômeno dentro de um contexto sócio- cultural, mas sim como uma doença, ou

seja, como uma alergia à substância álcool, que seria desencadeada a partir do momento em que o sujeito bebesse. Tal visão foi importante no sentido de descaracterizar o alcoolismo como um fenômeno moral, pois a partir de então, pôde-se questionar a visão do alcoolismo como uma adoração pelo álcool e passou-se a vê-lo como doença. E, além disso, deixou-se de impor a eliminação do álcool da sociedade, pois só algumas pessoas desenvolveriam a doença alcoolismo, após ingestão de álcool. Desta forma, o movimento dos Alcoólicos Anônimos contribuiu para se desfazer a idéia de uma “comunidade imaginária”, que se daria através de um controle estatal, impedindo a liberdade de cada sujeito. Mas, ao mesmo tempo, produziu um movimento de isolamento do alcoolista, baseado em uma “cultura do igual”, ao invés de tentar discutir o processo de exclusão da diferença.

Bill W. e Bob S. sempre se definiram como co-fundadores dos A.A., tendo Bill afirmado que o “fundador primordial” dos A.A. seria Carl Gustav Jung. Em 1931, Roland Hazard, banqueiro e ex-senador, residente em Connecticut, viajou a Zurique para se tratar com Jung, devido ao seu quadro de alcoolismo. Teve períodos de melhora, mas em 1934 Jung teria lhe dito que para seu caso a única esperança seria uma experiência espiritual ou religiosa, que promovesse uma profunda mudança em sua personalidade. A partir daí, Roland teria passado a frequentar os Grupos Oxford. Com sua participação formou-se um grupo dentro dos grupos Oxford, formado por alcoolistas, incluindo Bill Wilson e Bob Smith.

A data da fundação da organização dos A.A. se deu em 1935. William Wilson, um corretor da bolsa de valores de Wall Street, encontrava-se à negócios, em Akron, Ohio, sem nenhum resultado positivo, quanto aos negócios, teve um forte desejo de beber. Viu na recepção do hotel onde estava, o nome do reverendo Walter Tunks e lhe telefonou,

pedindo- lhe o nome de algum membro local do Grupo Oxford. O reverendo lhe deu vários nomes de membros do referido grupo. Ao conseguir falar com a Sra. Seiberling(mais conhecida pelo movimento como Henrietta), chegou ao encontro, na casa da mesma, com o Dr. Robert Smith, um médico clínico, que tinha problemas com bebida e que apresentou- se embriagado. Deste primeiro encontro, surgiu a irmandade dos Alcoólicos Anônimos.

Bill W., como é referido Wilson, pelos A.A., havia freqüentado o grupo Oxford, um movimento popular religioso, especificamente, evangélico-protestante, em 1930. Este movimento baseava-se em pequenos grupos que se utilizavam da auto-confidência, da confissão mútua dos considerados fracassos individuais, da indagação do conceito que cada um tinha de Deus como forma de redimir o mal que haviam cometido ao seu semelhante, ajudando-o e desenvolvendo a discussão das dificuldades emocionais em relação ao crescimento espiritual do outro(Alcoólicos Anônimos,1957:59). Ebby, um amigo de Bill que havia conseguido se manter sóbrio desde que começou a freqüentar o grupo Oxford, o convidou a participar do mesmo. Porém, apesar de seu entusiasmo pelo grupo, ele voltou a beber. Foi, então, ao hospital Tows, onde o médico William Silkworth, um alergista, o atendia em episódios de embriaguês. Quando sentiu-se desesperado, teve o que chamou de uma “experiência espiritual”, a qual atribuiu seu primeiro sucesso em relação a uma abstinência prolongada. Bill acreditava que esta experiência o levaria à manutenção da abstinência.

Silkworth acreditava que o alcoolismo era uma doença progressiva, fatal e incurável, sendo presente uma “obsessão mental” que levava o alcoolista a começar a beber. A doença era considerada congênita; uma alergia que era desencadeada quando o sujeito ingeria o álcool e que resultava na perda do controle sobre a ingestão da

substância. Silkworth avaliava que os esforços racionais do sujeito eram dominados pelas exigências do organismo. Tal visão trouxe uma contribuição para um novo olhar acerca do alcoolista, deixando o mesmo de ser visto como um doente mental (Johnson, 1978). Os A.A. partem exatamente de tal concepção. Bill achava que a única saída para os alcoólicos era acreditar em um poder maior do que eles mesmos. Bill, Bob e os primeiros membros dos A.A. resolveram que seria importante descrever as complicações clínicas resultantes do alcoolismo, além dos relatos das dificuldades encontradas por homens e mulheres para controlar a doença e descrever como haviam melhorado quando se converteram a um “Poder Superior”, que lhes permitia corrigir o que consideravam “falhas de caráter”.

Estes princípios — o de que o alcoólico era fisicamente alérgico ao álcool e que a base para a sobriedade recaía na total abstinência e em um “despertar espiritual”—, tornaram-se a força da filosofia e da prática dos Alcoólicos Anônimos. Tais princípios operavam-se através de encontros pessoais de alcoólicos, em reuniões dos A.A..

Bill e o Dr. Bob utilizaram tais idéias para estarem em contato com pacientes do Hospital da Cidade de Akron, onde o referido médico clinicava e em Nova York, onde Bill morava. A partir daí a filosofia de A.A. começou a emergir.

Em 1939 foi escrito o primeiro livro dos A.A., conhecido por “Os Alcoólicos Anônimos” ou “O Grande Livro”. Neste, Bill W. reuniu histórias de alcoolistas que haviam se recuperado em grupos que ainda não eram denominados de A.A., mas onde se descreviam os 12 passos através de membros recuperados. A partir da publicação do referido livro, houve um crescimento do movimento dos A.A. e objetivou a separação formal entre o grupo Oxford e o grupo dos A.A. . O livro trazia uma definição imprecisa quanto à prática dos A.A., apontando que a base para a recuperação estava na

comunicação entre alcoólicos. As reuniões se resumiam a exposições das histórias de vida dos membros dos A.A. e sobre suas experiências com a prática dos A.A.. Já neste período havia uma ênfase no anonimato como algo indispensável para o desenvolvimento dos Alcoólicos Anônimos e que fundamentava a prática do mesmo, protegendo os membros do rótulo de “alcoólicos” e criando um espaço social diferente do qual vinham tendo. Avaliavam, também, que o anonimato protegia os grupos dos A.A., como também, os A.A. como instituição. Com isso, são formados espaços micro-sociais, onde o movimento segregativo se mantém, já que, ao invés de se discutir a exclusão da diferença, cria-se um espaço onde os ditos diferentes reúnem-se e passam a se ver como iguais. Porém, com isso, criam uma “sociedade secreta” (baseada no anonimato) que se sustenta na noção de “vitimização afirmativa” (cf. Soares,1994), que, para nós, é vista como uma forma de reforçar a ideologia vigente, que aponta para uma exclusão de tudo que é considerado doente. No momento em que um sujeito chega a um grupo dos A.A. e se reconhece como doente, ele passa a ver o fenômeno do alcoolismo como intrínseco a si mesmo, adotando uma posição de culpabilização e de tentativa de reparação de danos . Tal visão é reforçada através de uma moral religiosa, baseada na noção de pecado. Porém, não podemos deixar de apontar o fato de que cada um que chega a um grupo dos A.A. , apresenta-se extremamente fragilizado e sem qualquer tipo de crença. Sendo acolhido e recebendo uma chamada “verdade” a respeito do alcoolismo — a de que o mesmo é uma doença — , sente-se aliviado e passa a acreditar em alguma coisa, o que pode levar a se reorganizar. Porém, para nós, tal crença deve ser questionada, pois reduz o alcoolismo a um fenômeno unicamente orgânico, omitindo fatores sociais, políticos, econômicos e referentes a história de vida deste sujeito.

Para citar o olhar unidirecionado dos A.A., basta fazer referência a fala do Dr. Bob, em sua última conferência em dezembro de 1948 (A.A.: 1997): “Não vamos estragar tudo com complexos freudianos e coisas que são interessantes para as mentes científicas, mas que pouco tem a ver com nosso verdadeiro trabalho de A.A.”.

Outro elemento presente nos grupos dos A.A. é a liderança. Bill desempenhou, de início (e ainda desempenha), o papel de líder carismático para um grupo de potenciais seguidores e via que uma estrutura baseada em um poder de liderança poderia ser muito perigosa, podendo levar a insucessos para os grupos, já que os chamados líderes poderiam ter recaídas. Bill via o anonimato como a solução para tal dificuldade. Entre 1930 e 1940, os A.A. funcionaram a partir da liderança. Quando alguém chegava a um grupo, era entrevistado por um membro que decidia se este deveria ou não ser aceito. Em caso afirmativo, este era, geralmente solicitado a render-se a Deus ou a um Poder Superior e a confessar suas fraquezas de caráter.

As primeiras lideranças dos A.A., que foram representadas por Bill W. e pelo Dr. Bob, não eram vistas como rígidas ou autoritárias. Baseavam-se no fato de serem co-fundadores de A.A., de serem vistos como muito inteligentes e por terem uma conduta moral exímia. Ambos adotaram um estilo flexível de liderança, tomando decisões junto com outros membros e reconhecendo a autoridade de todos os membros.

Segundo Jarrad(1992), o A.A., como organização, reunia-se estruturalmente, como as seitas pentecostais estudadas por Gerlman(1974). As origens do movimento pentecostal datam de meados do século XVII ao século XIX e uma característica do movimento é a de que há pouco material escrito, pois havia uma grande preocupação com a ação. Charles Fox Parham (1873 - 1929) - um típico pregador do sul dos EUA - é considerado o pioneiro do Pentecostalismo Moderno, tendo formulado a teologia

pentecostal clássica em 1901. Segundo Rodrigues(1996) 90% do universo evangélico é pentecostal em sua liturgia ou em sua teologia. As igrejas pentecostais formalmente constituídas eram predominantemente de origem afro- americana: a igreja pentecostal da santidade, liderada por Joseph King ; a igreja de Deus, liderada por A. S. Tomlinson e a igreja de Deus em Cristo liderada por C. H. Manson. Somente em 1914 é que surge de um passado batista - através de E. N. Bell – a Assembléia de Deus, predominantemente branca e, portanto, com potencial maior de ascender socialmente dentro da sociedade norte – americana. O movimento manteve-se na marginalidade da religião norte – americana até o surgimento de Aimee Sample Macpherson que o tirou da periferia e o jogou no centro das atenções em Los Angeles, tornando o evangelho pentecostal conhecido das classes média e alta dos EUA.

Depois da 2ª guerra mundial, a Assembléia de Deus, já forte denominação americana, ganhou novo ímpeto e o movimento pentecostal a partir daí notabilizou-se como o de maior crescimento nos EUA. No Brasil, o pentecostalismo surgiu através de missionários imigrantes e também de moradores de Chicago. A ênfase pentecostal é em uma espiritualidade interiorizada e subjetiva. Absorvidos pela visão ocidental competitiva que passou a identificar no sucesso um favor divino, os pentecostais buscam alcançar as massas. Estas são evangelizadas a partir de uma didática consumista. Os pentecostais enfatizam muito a ação do Espírito Santo na vida individual; experimentá-lo seria redentor. Aqui podemos observar a ligação com a proposta de uma experiência individual religiosa com o Poder Superior e a outra questão que reforça a hipótese de influência do movimento pentecostalista para os A.A. é o fato da experiência religiosa ser vivida de forma tão subjetiva e individualizada, não promovendo questionamentos de ordem político- social, sendo o pentecostalismo como o movimento da auto- ajuda, um

culto à individualidade.

Os grupos dos A.A. eram e são semi- autônomos, comunicando-se com outros grupos locais. Esta estrutura celular permitia , por exemplo, que alguns grupos mais religiosos de Ohio fizessem reuniões nos padrões do grupo de Oxford e que os grupos de Nova York tivessem uma posição crítica quanto a um modelo cristão de pensamento. Desde o início as discordâncias e os conflitos estiveram presentes aos grupos dos A.A., o que motivou a criação de novos grupos e o próprio crescimento organizacional dos A.A..

O programa dos A.A. para recuperação centrava-se na interação de alcoólicos, que acreditavam serem portadores de uma doença incurável e progressiva e que por tal fato exigia abstinência total, mas, principalmente, exigia sobriedade. Tal conceito referia-se a um programa espiritual baseado na aceitação de um poder superior, na confissão pessoal ou em grupo das fraquezas de caráter de uma pessoa, na reconciliação com aqueles a quem havia infligido algum tipo de mal e no constante exercício de ajudar outras pessoas que sofriam de alcoolismo, através de liderança, do discurso em reuniões ou levando mensagens dos A.A. para aqueles que precisavam. Segundo Bill W. poucas mudanças, referentes aos preceitos dos 12 passos do Grupo Oxford, ocorreram nos grupos dos A.A.. As noções se baseavam no fato de que um alcoolista apresentava uma perda de controle sobre a bebida e que a abstinência era a única alternativa encontrada pelo núcleo do Movimento de Moderação.

Os grupos dos Alcoólicos Anônimos se organizam em torno dos 12 passos, das 12 tradições e dos 12 conceitos.¹⁹

¹⁹ A descrição dos 12 passos, das 12 tradições e dos 12 conceitos encontra-se nos Anexos.

6.2- Os princípios e a prática de Alcoólicos Anônimos

Os princípios básicos dos A.A. estão contidos nas 12 tradições, que foram formuladas em 1940 durante um período de rápida expansão e de muitas transições. Os A.A. se desenvolveram a partir do carisma e de personalidades fortes de algumas pessoas do movimento, como Bill e Bob, sendo este fato - o carisma dos dois - um ingrediente ainda bastante importante na dinâmica do movimento. A importância das 12 tradições se deve ao fato destas determinarem os princípios em que os A.A. se apoiaram, levando seus líderes carismáticos a resistirem às pressões quanto a uma tomada de poder. Um exemplo disto na atualidade é o fenômeno “padre Marcelo”, que tendo falado sobre homossexualismo como pecado, conseguiu manter seu carisma, em função de se apoiar em fundamentos da igreja católica. Ou seja, quando são apresentados princípios éticos/morais de uma instituição, deixa-se de olhar para o indivíduo.

Os A.A. se baseiam em uma estrutura celular, onde todos os grupos são inteiramente autônomos e economicamente independentes, estando simultaneamente abertos a todos os membros dos A.A., isto é, a qualquer pessoa que esteja querendo parar de beber. Os A.A. são, também, uma estrutura policéfala (Mäkelä,1991), ou seja, uma estrutura onde há quase uma total carência de uma estrutura centralizada para tomar decisões. Uma célula policéfala e uma estrutura de grupo deste tipo têm muitas vantagens. A estrutura de célula assegura que não é fácil para aqueles que estão no poder suprimir o movimento através de ataque a seus líderes. A estrutura de célula facilita a tarefa de se atingir grupos populacionais diferentes. Há uma grande variedade de grupos em uma dada comunidade e é dado o conselho para o sujeito que chega a um grupo, de visitar outros grupos, até se identificar com um grupo pelo seu *background* social, sua ideologia e sua personalidade. A estrutura de célula também facilita a adaptação do movimento a várias

formas de atividade. Logo, os grupos mal adaptados desaparecem, sem ameaçar o movimento como um todo. Em toda e qualquer organização há um grupo informal agindo à par com uma estrutura formal. Nos A.A. a estrutura informal tem maior prestígio e o prestígio dos indivíduos nos grupos dos A.A. tem muito pouco a ver com sua posição social dentro da sociedade como um todo, mas sim quanto a suas sabedorias, suas experiências de vida, de seus trabalhos com pessoas que têm problemas com bebida etc.

Segundo Mäkelä (1992) os A.A. apresentariam um processo democrático de tomadas de decisões, pois o mesmo se baseia mais no consenso do que em decisões majoritárias, o que pode fazer com que as mudanças sejam lentas, impedindo, também, a divisão em facções.

As regras do discurso dos A.A. reforçam que todas as interpretações devem ser apresentadas como subjetivas e que a opinião de um alcoólico não deve ter maior peso do que de outra pessoa e que pode-se discorrer sobre as experiências subjetivas religiosas, mas não se pode promover a religião de quem quer que seja.

O princípio de rotação é um outro fator que impede as clivagens(tradição 9), pois uma pessoa pode ser escolhida para representar os A.A. nacionalmente por um dado período e ser substituída em seguida a este período. Porém, fica claro, para nós, que existe um sistema de valorização de lideranças e que estas levam a um processo identificatório muito intenso, onde a hierarquia fica mascarada. A afirmação de uma identidade existencial, da condição de ser um alcoolista está sempre presente no discurso e nas reuniões dos A.A.. Esta noção de “natureza da doença” dos membros da associação tem o suporte na tarefa de se obter a igualdade existencial entre os membros de cada movimento dos 12 passos. Esta noção de doença refere-se a padrões de comportamentos, que levam

os grupos a padronizarem como doença, diversas situações que divergem de uma maioria²⁰. Uma fundamentação somática para diversas dificuldades existenciais, tem que ser questionada, pois podem levar a apagar qualquer tipo de tentativa de diferenciação por parte dos seres humanos.

Os autores finlandeses do grupo Finnish, que estudam os movimentos dos 12 passos, apontam a forma de reunião e as regras do discurso dos A.A. como pertinentes a quaisquer problemas existenciais e interpessoais (Mäkelä, 1992), do que discordamos, visto o reducionismo de tal proposta, como se pudesse existir uma única metodologia para lidar com a pluralidade que há, no existir humano. E com tal posição estariam negando esta diferença ou não olhando para ela. É justamente poder olhar para a diferença, para o plural, que nos leva a uma existência mais plena, onde as naturalizações são questionadas. A proposta dos grupos que se baseiam nos 12 passos e nas 12 tradições parece-nos ser uma proposta de naturalização do humano, sendo este visto por um enfoque muito biológico - "eu sou um doente", levando a uma noção de doença que já foi revista inclusive pela medicina, pois a doença, para os grupos dos 12 passos ainda está baseada na noção de algo interno, o que leva a uma grande culpabilização por parte do sujeito. Em nenhum momento nos textos dos grupos de auto-ajuda a noção de doença é definida. Trabalha-se com uma categoria sem que se pense sua implicação ideológica. Com isso, podemos estar reforçando um "lugar" de exclusão para o que é considerado diferente. Porém, historicamente, é inquestionável a mudança que tal prática possibilitou para os alcoolistas, pois estes ao invés de serem vistos como marginais, irresponsáveis e inseqüentes, passaram a ser vistos como doentes e com isso a responsabilidade por seus atos passou a recair na "doença" e não mais na pessoa do dito alcoolista. Nos A.A.

²⁰ Uma descrição de grupos que usam os 12 passos para lidarem com questões existenciais, será vista adiante.

tenta-se fazer com que o sujeito dito alcoolista possa perceber sua implicação em tal doença. Parte-se de uma noção de doença baseada no interno para se pensar este sujeito nas suas relações sociais, mas esta responsabilidade é vivida de forma culpabilizatória, onde a pessoa tem que “reparar seus erros”.²¹

Os A.A. representam a primeira geração dos movimentos de auto-ajuda. Não se baseiam mais na posição social como movimentos sociais antigos, mas se baseiam na noção de uma identidade permanente. Esta noção extremamente individualizante parece estar baseada no processo de pós- guerra, onde em nome de um movimento nacionalista, ou seja de pertencimento a uma nação, a um grupo, houve todo um processo de manipulação, baseado em poderes de liderança. Nos A.A. retoma-se a noção de sujeito. Porém, esta noção parece-me estar atrelada a processos identificatórios com personagens como Bill e Bob, apesar de se tentar usar o anonimato como instrumento impossibilitador de tais processos de idealização. A preocupação que lançamos é quanto a um movimento que é social, por si mesmo, já que agrega milhões de pessoas no mundo inteiro e que nega tal caráter, quando enfatiza apenas um processo individual. Acreditamos, também, que isto se deva a um movimento pós- guerra, onde os sujeitos não podiam estar se reunindo, pois tal fato já se caracterizava como ameaça aos governos, que reprimiam e ainda reprimem os movimentos sociais. Os A.A. nunca sofreram qualquer tipo de repressão por esta particularidade, ou seja, há uma reunião de pessoas que partilham suas experiências individuais. Pensamos que o movimento dos A.A. encontra-se limitado neste sentido, pois tem um olhar muito individualizado para fenômenos importantes, que são atravessados por questões político- econômico- sociais, que deixam de ser pensadas e que levam a um

²¹ No capítulo 5 vimos a articulação de tal prática à teoria do Pragmatismo, de William James.

olhar naturalizado para o alcoolismo e para os demais usos abusivos de drogas como para demais situações relacionadas a formas de viver.

É importante ressaltarmos que o movimento dos A.A. deu voz aos alcoolistas e valorizou seu próprio saber, mas, apesar disto, levou a um movimento de guetificação, com um olhar permanente para o igual, através de um processo de manutenção de uma identidade permanente- “sou um alcoolista em recuperação”, não abrindo possibilidades para novos processos e onde o sujeito fica preso à idéia de “ser” e não de “estar sendo”, o que levaria à noção de processualidade e com isso, a uma forma de viver mais criativa, onde cada sujeito pode se ver como uma pluralidade e não como “um”²².

Os A.A. não aceitam ajuda econômica vinda de fora(tradição 7). O princípio de independência econômica é seguido tão à risca que existe um limite para as contribuições anuais oferecidas por cada membro. Também é fixado um limite para contribuições. O princípio de recusa das contribuições externas mantém a posição independente aos A.A. e impede que os membros consigam uma posição de poder através de seus contatos econômicos.

Os A.A. valorizam a idéia de que os A.A. como organização não apresentam opiniões sobre assuntos externos ao movimento, nem quanto aos cuidados em relação aos alcoólicos ou com assuntos diretamente relacionados com as atividades do movimento(tradição 10) e ninguém pode falar em nome do movimento, diferente do que ocorria com muitos movimentos anti- autoritários nas décadas de 60 e 70, que geralmente levavam ao caos e à rupturas. Porém, fica aí uma posição claramente hierárquica, apesar do movimento negar tal posição.

²² Aqui podemos nos remeter à noção de produção de subjetividade, baseada em Felix Guattari, pois o sujeito, aqui, não é pensado como uma entidade dada e acabada e sim como processualidade.

O movimento de auto-ajuda que mais corresponderia aos A.A., segundo Mäkelä(1992) seriam os Links na Suécia(Kurube,1991a,1991b). O movimento foi fundado após a 2ª guerra mundial sob a influência dos primeiros grupos de Oxford e dos A.A.. O programa do movimento é uma versão resumida e parcialmente modificada dos 12 passos dos A.A.. A diferença básica é que o programa dos Links não contém nenhuma referência a assuntos religiosos ou espirituais. O programa inclui uma passagem sobre certo poder mais alto que os membros geralmente interpretam como uma referência ao poder de solidariedade do grupo. Os Links substituíram a espiritualidade individual dos membros dos A.A. para a solidariedade dos movimentos de massa suecos. As formas organizacionais dos Links são claramente influenciadas pela tradição democrática da maioria, que constitui um movimento de massa sueco. A característica dos movimentos de massa suecos com ênfase tanto no processo de tomada de decisões democraticamente quanto nas regras formais é que levaram os Links a difundirem-se em seis organizações formais diferentes, mantendo todas, a sua vitalidade. Não é por acaso que a Suécia é considerada como o único país bem sucedido no estabelecimento de um movimento de auto-ajuda para alcoólicos que, mesmo não se aplicando ao programa dos A.A., não é praticado por profissionais. Os movimentos tradicionais de massa são mais fortes na Suécia do que em qualquer outro país e os Links propagam o princípio social de solidariedade a um grupo cujos membros não estão ligados à posição social, mas à experiência de vida de cada um.

Os A.A. podem ser definidos como um sistema de crença e um sistema interativo, que se apóiam em uma série de regras específicas de diálogo.

Os A.A. podem ser pensados como um movimento altamente individualizante quanto a uma significação do viver, já que cada membro se considera doente e com isso

deixa de responsabilizar-se por tal situação(o alcoolismo) ou de responsabilizar outrem por tal fato. Porém, com isso, deixa-se de pensar o alcoolismo como um fenômeno extremamente complexo, perdendo-se o olhar para as situações político, sociais etc. Os A.A. trazem uma noção universalizante de sujeito e o alcoolismo é visto através de três concepções: física, mental e espiritual (Kurtz,1990). Por outro lado, os A.A. contribuíram para uma nova visão sobre o alcoolismo. Foi uma pesquisa feita através de questionários, com membros dos A.A. que levaram Jellinek(1946) a codificar o alcoolismo como uma doença progressiva e fatal.

Os A.A. partem de diversas crenças, mas seus membros dão significados diversos a tais crenças. Porém, é importante pensarmos se há, realmente a possibilidade de criação a partir de crenças tão rígidas. Um exemplo de crença é o fato da espiritualidade. Para alguns membros esta tem um conteúdo teológico extremamente bem definido; para outros a espiritualidade constitui apenas um certo tipo de relacionamento do homem com a sua vida. Em muitos grupos dos A.A. Deus nunca é mencionado, mas em seu lugar usa - se a expressão de um “poder superior”. Os A.A. estariam interessados no relacionamento de um indivíduo com outro, com outras pessoas e com um poder superior. Ao mesmo tempo, as raízes históricas dos A.A. estão firmemente envolvidas em tradições cristãs e protestantes. Nos A.A. a espiritualidade significa mais uma conferência individual do que ecumênica, sendo que a especificidade dos A.A. recai menos no conteúdo do sistema de crenças do que em sua estrutura e no modo como esta conduz a ação²³. O programa dos A.A. pode ser visto como um conjunto de instrumentos comportamentais, do que com um conjunto de crenças. Eles se ocupam muito mais com um modo de fazer, do que de pensar. Apesar da ênfase sobre os comportamentos, estes são freqüentemente

transformados em crenças. Os A.A. aconselham qualquer pessoa que chega, a deixar de lado quaisquer dúvidas ideológicas, pois para eles uma pessoa que prefira debater o programa ao invés de experimentá-lo, deixa de encontrar o critério de recuperação formulado no Grande Livro: “se você decidir que quer o que nós temos e está querendo chegar a qualquer distância para consegui-lo, então você está pronto para alguns passos”(Alcoólicos Anônimos,1955:58).Este fato está relacionado à noção de poder superior, ou seja, à capacidade de alguém se entregar a este poder, sem questionamentos. Isto reforça a idéia de um processo de alienação do sujeito, pois este não deveria ter uma postura crítica ou instigadora. Parece-nos que há uma suposição de escolha, quando se fala no livro dos A.A. que o sujeito pode considerar que quer o que o movimento tem para oferecer. Porém, tal escolha fica imediatamente atrelada às mudanças comportamentais, através dos 12 passos. Dependendo de cada grupo ou de seus responsáveis, isto pode tornar-se um obstáculo para a adesão ao programa dos A.A..

Várias correntes dos A.A. diferem na ênfase relativa que colocam no conteúdo de crenças. Peterson(1992) apresenta uma classificação das principais interpretações dos 12 passos, que seriam: o fundamentalismo do Grande Livro, a ortodoxia liberal e o pragmatismo. Uma dimensão importante está incutida nesta classificação: a do conteúdo do sistema de crença, pois a literatura oficial dos A.A. representa uma mudança significativa da religiosidade cristã em direção à espiritualidade generalizada, com uma maior ênfase à espiritualidade individual. Nas interpretações pragmáticas o conteúdo dogmático se torna menos importante do que a ordem interativa.

Parte da prática do programa é de ação individual, que se resume à leituras das regras, oração e meditação e absorção dos primeiros 4 passos. Porém, a maioria do

programa é desenvolvida na interação social. A maioria dos acontecimentos interativos importantes acontece durante as reuniões e as conversas com os “padrinhos”²⁴.

Os A.A. segundo Robinson(1979) representam um “conversar sobre alcoolismo, mas tal processo apresenta dois aspectos: “transformar a incomunicabilidade de cada membro em discurso público” e “contar sua biografia”. Ao quisermos falar de nossos problemas pessoais, podemos recorrer a uma ajuda profissional ou a um diálogo com os chamados “padrinhos”. A escolha por um padrinho está relacionada com o fato de como é descrito o nosso problema existencial, pois se consideramos o alcoolismo como doença incurável e progressiva e acreditamos que só um poder superior pode curar-nos, recorreremos ao programa dos A.A. como este poder superior, onde há um saber que não estaria presente no cientificismo e sim na relação com um igual, onde suporia-se haver uma reciprocidade que inexistiria em uma relação psicoterápica e onde estaria presente a possibilidade de um processo confessional. Tal processo parece ter sido baseado na técnica adotada por Frank Buchman (e mais tarde largamente utilizada nos grupos Oxford): “Eu encontrei um caminho para estimular as confissões. É confessar-me primeiro a mim mesmo”(Pettersen,1992:65).

O princípio da reciprocidade nos A.A. baseia-se na procura da revelação dos segredos mais íntimos de cada um àquele que o apoia no grupo. Daí muitos membros dos A.A. recomendarem que o 5º passo , que refere-se a admissão dos erros perante Deus, perante si mesmo e perante outro ser humano, seja partilhado com outro membro dos A.A., possibilitando uma resposta recíproca, através do “padrinho”, que assistiria ao “afilhado”, revelando ele mesmo, primeiramente, os seus próprios segredos mais difíceis de serem ditos.

²⁴ A definição de “padrinho” será desenvolvida na página 78.

Denzin (1987:164-165) caracteriza os A.A. como “um movimento social anglo-saxônico branco” e descreve “o código moral interativo e emocional dos A.A.” como “imbuído da cultura anglo-saxônica branca”;“(…)o tom emocional das reuniões nos A.A. embora inclinadas para a direção da demonstração emocional é um tom modulado pela experiência masculina do branco”. É importante pensarmos porque os A.A. se adaptam à diversas culturas. Uma hipótese é a de que como partem de um olhar universal para o humano, dão a ilusão de adaptação às culturas. Porém, parece-nos que ocorre é uma adaptação dos sujeitos ao modelo dos A.A., por proporem um saber maior, que fica embutido na noção de um poder superior. Poderíamos trocar a palavra poder por um saber superior, o que poderia ser pensado como uma demanda de psicoterapia, onde acreditamos que alguém ou algo vai ser capaz de falar e trabalhar por nós mesmos. Apesar de toda a variabilidade de uma reunião dos A.A. , ela tem uma formação social muito particular. Ela é uma reunião informal, mas muito estruturada, tendo regras sequenciais de diálogo. Há, geralmente, um tempo estabelecido para cada membro dar seu depoimento de vida, mas os mais velhos no grupo ou nos A.A. podem ceder sua vez, quando um membro novo excede seu tempo. Os membros podem freqüentar a mesma reunião por longos períodos sem dizer uma palavra. Mäkelä(1992) fala que tal fato faz com que tais reuniões diferenciem-se completamente de todas as versões de psicoterapia de grupo.

Podemos notar como principais regras de discurso nas reuniões dos A.A.:

- Falar tão honestamente quanto puder
- Falar somente sobre suas próprias experiências e não sobre assuntos particulares de outras pessoas
- Não professar sobre doutrinas religiosas, nem discorrer sobre teorias científicas

- Não tentar recusar o programa dos A.A.
- Não debater nem opinar sobre assuntos de discussões anteriores
- Não dar conselhos diretos a outros membros dos A.A.
- Não apresentar explicações causais do comportamento de outros membros dos A.A.
- Não apresentar explicações psicológicas sobre o comportamento de outros membros dos A.A.

Quando alguém quebra uma dessas regras, algum membro pode trazer exemplos de si quando também quebrou regras, mas nenhuma sanção proibitiva é feita durante uma reunião. As repreensões podem ser feitas após as reuniões. Há uma série de regras, que à princípio parecem ser mantidas sem nenhuma sanção proibitiva. Porém, quando alguém aponta com sua própria experiência o que já fez como impedimento das regras dos A.A., está colocando claramente o caráter proibitivo da reunião. Um exemplo disto se deu em uma reunião da qual participamos. Um rapaz visivelmente alcoolizado, interrompia as falas para dar diversos comentários, não aguardando um momento para falar e era perceptível o movimento de desaprovação por parte do grupo, que se virava freqüentemente olhando para ele, com olhar de descontentamento. Porém, nada era dito explicitamente para tal pessoa.

O modelo de Rush, que podemos atualmente denominar de alcoolismo ofereceu, naquela época, um apoio científico para a crença de que só a abstinência total do álcool poderia proteger as pessoas dos efeitos do álcool. Porém, com a definição de doença como alergia, promovida pelos Alcoólicos Anônimos, os alcoólicos passam a ser considerados fisicamente diferentes das outras pessoas. Com isto houve uma passagem da ideologia da moderação para a ideologia da sobriedade, pois o álcool deixou de ser visto

como um veneno para todo mundo. Alegaram uma falta de controle sobre o álcool, mas que já não era mais justificada como uma doença da vontade, mas sim como uma doença orgânica. A mensagem dos A.A. é a de que é o corpo do alcoólico que deseja o álcool e não o seu “eu”, o que afastava as concepções morais do movimento de moderação. A doença, para os A.A. não pode ser curada; pode-se apenas modificar a compulsividade. Esta é a diferença entre propor abstinência (como no movimento de moderação) e propor sobriedade. Esta viria, segundo os A.A. através de uma conscientização espiritual, que possibilitaria que o sujeito desse os 12 passos em direção a viver sóbrio, ou seja, livre do desejo de beber.

Com a localização da doença no corpo do alcoólico, o que ocorre é que se desestrutura a história de vida de uma pessoa, para se construir a história de vida de um alcoólico, pois tudo na vida deste sujeito passa a ser justificado através da noção de doença, como uma condição natural e universal, o que, pelo menos, desfaz julgamentos puramente morais acerca deste sujeito, mas, ao mesmo tempo, pode levar a uma grande dificuldade de trazer novas representações acerca de sua vida, já que tudo vai ser justificado a partir do álcool como substância desencadeadora de uma doença. Daí percebermos a dificuldade de alcoólicos que participam do programa dos A.A., de participarem de processos terapêuticos, onde se analisa o sintoma através de sua produção fantasmática e não como algo que tem que ser simplesmente eliminado.

A princípio supõe-se que a prática dos A.A. leve o sujeito a se afastar de uma condenação moral, que vinha-lhe sendo imposta no decorrer da história. Porém, percebemos no discurso dos A.A. uma excessiva culpabilização sobre o processo do alcoolismo, onde o sujeito tem que “reparar seus erros”, através de um processo confessional, o que me faz marcar que este ainda é um espaço de condenação moral,

baseado na noção de doença. Esta representou uma reação contra os fortes obstáculos morais do movimento de moderação e de proibição, que identificavam o alcoólico como fraco de caráter, irresponsável e alguém que contribuía para sua destruição. É importante percebermos que o movimento dos A.A. parte de uma visão de naturalização do sujeito, quando avalia o fenômeno do alcoolismo como um fenômeno natural; uma doença orgânica progressiva e fatal e coloca em Deus a capacidade para acabar com tal doença; ou seja, através da inclusão de valores espirituais, os alcoólicos poderiam ter uma vida sóbria.

Podemos perceber que há poucas diferenças entre a ideologia da moderação e a ideologia da sobriedade, dos A.A.. A idéia do movimento de moderação era a de uma “doença da vontade”, ou seja, que as pessoas bebiam porque queriam e podiam parar caso quisessem. Os A.A. tentam mostrar que somente algumas pessoas não podem começar a beber, mas que outras podem beber com moderação. Com isso afastam o aspecto moral referente ao álcool como substância, como se ele fosse o responsável por todos os males que ocorriam na sociedade.

A linguagem espiritual- “o alcoolismo é uma doença espiritual” (Grande Livro)- cria uma visão de verdade: o alcoolismo não pertence ao campo médico nem às religiões, mas aos A.A.. Somente no grupo dos A.A. se poderia perceber, de fato, o alcoolismo. Isto nos remete à fala de uma mulher, membro dos A.A., em uma reunião aberta dos A.A., da qual participei. Ela dizia que havia ido a uma psicóloga, mas que a mesma não entendia nada de alcoolismo, pois quis saber por que ela achava que havia começado a beber e ela trouxe, ao meu ver, todo um discurso dos A.A. como uma forma de defesa diante de algo que parece ser intolerável, que é construir sua própria história e não a história do alcoolismo ou do alcoólico. Vejo que com este olhar universalizante- “sou alcoolista e

todo alcoolista é um doente” leva a um não olhar para os processos simbólicos acerca deste adoecer. Os alcoólicos, nos A.A., narram suas histórias um para o outro, as comparam e as homogenizam, definindo os limites de comportamentos anormais por meio do que se define como alcoolismo. A recuperação se daria através da organização de um grupo atingido pela mesma doença. Mas ao mesmo tempo que há uma segregação, no sentido da necessidade de se agruparem entre iguais, há uma marca de que todos têm problemas, mas que a diferença é que o alcoolismo pode matar, ou seja, que não estão longe do que é considerado “normal”. É que os A.A. situam em primeiro lugar a doença. Concordamos com tal intervenção, no sentido de dar alívio ao sintoma, mas acreditamos que haja necessidade de um aprofundamento em questões como a dependência, que não é só à substância e também quanto ao processo econômico- político- social, no qual surge o alcoolismo, visto que o uso do álcool e seus efeitos em algumas épocas não levou à construção da noção de doença.

7- A PRÁTICA DOS GRUPOS DE AUTO E MÚTUA - AJUDA COM “DOENTES MENTAIS”

O grupo de mútua-ajuda para doentes mentais baseia-se no fato de que pessoas com esquizofrenia e perturbações correlatas podem tirar proveito de se exporem ante outras pessoas que se recuperaram em certo grau, do mesmo distúrbio. Tais experiências poderiam agir de forma a controlar o estigma e dominar os estereótipos culturais sobre saúde mental, podendo oferecer ajuda às pessoas e talvez motivação para trabalhar em favor de um futuro melhor. Crenças como estas são integrais em relação à conceitualização do movimento de usuários em saúde mental em torno da noção de “recuperação”, que em contraste com a definição de um estado terminal assintomático oferecido pela Associação Psiquiátrica Americana- DSM-IV (APA,1994) e os guias práticos para o tratamento da esquizofrenia(APA,1997), refere-se a um processo de aprendizagem corrente para se viver com o distúrbio e para a pessoa reconstruir gradualmente um sentido de agenciamento e de significado de vida, apesar ou além das limitações do distúrbio(Davidson & Strauss, 1992; Deegan, 1992,1993; Weingarten,1994,1997).

7.1- O exemplo de Connecticut

Nosso contato com a prática de grupos de auto- ajuda/ mútua- ajuda para doentes mentais em Connecticut se deu através de Richard Weingarten, que se define como um doente mental, com diagnóstico de depressão psicótica (cf. entrevista com Richard

Weingarten, realizada pelo Instituto Franco Basaglia em nov./1997) e tem a função de diretor de programas de auto-ajuda e ajuda-mútua em Connecticut, que funcionam dentro do Centro de Saúde Mental de Connecticut, ligado ao Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Yale.

Da perspectiva do movimento de usuários de saúde mental, os visíveis exemplos de indivíduos que têm distúrbios psiquiátricos e que assumiram papéis válidos²⁵ e, por isso, reintegraram-se de forma muito bem sucedida em suas comunidades, poderiam oferecer o incentivo necessário e o caminho concreto para os tratamentos correntes, além da redução do sintoma e a estabilização precisa para se chegar à noção de recuperação (Carling, 1995; Davidson, Hoge, Godleski, et. al., 1996; Frese & Davis, 1997; Reidy, 1994).

Deegan (1993:8) sugere que “teria sido bom ter tido modelos padrões – pessoas que eu pudesse procurar que tivessem vivenciado o que eu estava passando – pessoas que tivessem encontrado um bom trabalho e que estivessem apaixonadas ou que tivessem um apartamento ou uma casa própria ou ainda, que contribuíssem de algum modo válido para a sociedade”. Esta fala é de uma mulher com diagnóstico de esquizofrenia há pelo menos 24 anos e que se tornou líder nacional do movimento de usuários de saúde mental nos EUA e que passou a dirigir um centro de saúde mental comunitária. Este exemplo é importante porque apesar da grande preocupação com um modelo de sujeito que seja produtivo em uma sociedade, ou seja, de papéis válidos socialmente, esta pessoa ampliou seu olhar, no sentido de criação de um projeto político, onde deixa-se de pensar apenas no indivíduo para se ver o coletivo. Com isso, muda-se um dado enfoque: ao invés de pensar a doença como algo estático, começa-se a olhar para um processo de agenciamento e de significado de vida.

O argumento central do movimento de usuários de saúde mental em favor do modelo de ajuda- mútua apoia-se no fato deste modelo ter importante papel na recuperação de indivíduos que apresentam problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas ou de distúrbios relacionados a outras circunstâncias de vida.

A comunidade de tratamento de abuso de substâncias psicoativas agiu por muito tempo sob a crença de que há valor na prática de grupos de auto- ajuda, colocando como conselheiros em dependência química pessoas que estão elas mesmas se recuperando de adições, devido ao seu conhecimento através de sua própria vivência e pela credibilidade em se tornarem modelos- padrões para os adictos em tratamento. Além disso, o acesso aos padrinhos(pessoas que já estão a um período longo em abstinência e que passam a desempenhar um papel de modelo para os recém- chegados aos grupos de auto- ajuda, podendo, inclusive, ser solicitado a qualquer hora do dia para ajudar um recém- chegado, para poder por em prática o 12º passo) que sobreviveram e/ou se recuperaram de circunstâncias idênticas seria válido para os grupos de auto- ajuda em relação a indivíduos com uma variedade de outras condições.

Em Connecticut, um estado com aproximadamente 3 milhões de pessoas, havia em 1996, quase 900 grupos de auto- ajuda²⁶(Rede de Auto Ajuda de Connecticut,1996) em 108 diferentes categorias, cobrindo todas as condições médicas graves, lidando, ainda, com crianças deficientes, divórcio e aposentadoria. Porém, a grande diferença que percebemos no que tange ao movimento de usuários, é que eles não se colocam em uma posição de anonimato, que para os grupos de auto- ajuda, tornou-se uma questão muito

²⁵ Conferir capítulo9: "O grupo de auto- ajuda e o processo de normalização", pois a prática da normalização foi utilizada nos EUA como uma "teoria dos papéis válidos".

²⁶ Apesar dos autores utilizarem o termo auto- ajuda, optaremos pelo uso da mútua- ajuda, em função da distinção feita neste trabalho entre auto e mútua- ajuda e pelo movimento de usuários em saúde mental apresentar todas as características de um movimento de mútua- ajuda ou de suporte- mútuo.

importante, pois alegam que nossos egos são facilmente infláveis e que é importante uma posição de humildade. Logo, percebemos que uma visão mais espiritualista e religiosa é substituída por uma visão mais política, no sentido de transformação do social e não de uma mudança “interna”, que leva a uma posição de culpabilidade.

Segundo a visão de diversos autores, o papel dos grupos de mútua - ajuda, além de oferecer ajuda é o de facilitar convivência e reforçar a qualidade de vida de pessoas que lidam com vários tipos de adversidades, tendo-se tornado amplamente aceito em inúmeros contextos, tanto dentro como fora da comunidade médica geral(Borkman,1990; Jacobs & Goldman,1989; Katz,1981; Katz & Levine,1980; Kurtz,1990; Levine, Katz & Hoist,1976; Salem, Seidman & Rappaport,1988).

Apesar da utilização de tal prática de forma muito ampla, esta não atraiu muito a atenção no que se refere a tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental grave. Deegan(1993) descreveu a ausência de modelos disponíveis para seu próprio tratamento e reabilitação. Em seu editorial de 1982 Estroff aponta para a importância de se estudar a prática da mútua- ajuda entre pessoas com doença mental grave e observou uma falta de legitimidade e utilidade desta fonte dentro do serviço de saúde mental comunitária. Ao longo de 15 anos desde que Estroff partiu para o campo, as pesquisas mostraram que muito poucos profissionais se referem à prática da mútua - ajuda como opção para seus clientes que apresentam quadro grave de doença mental e que poucos sujeitos com doença mental grave utilizam o grupo de mútua - ajuda como uma opção sua(Chesler,1990; Lee,1995; Salzer, Macfaden & Rappaport,1994).

O primeiro autor a apontar que havia valor de apoio na prática de “padrinhos” no tratamento de distúrbios mentais, foi Harry Stack Sullivan. Isto se deu quando o mesmo coordenava serviços para jovens pacientes internos, nos hospitais Sheppard e Enoch Pratt,

localizados fora de Baltimore, em 1920. Sullivan chamou jovens que haviam se recuperado de seus distúrbios psiquiátricos para servirem de ajuda em sua unidade, pois ele achava que aquelas pessoas podiam oferecer algo mais particular, em função de suas próprias experiências com a psicose e com a recuperação da mesma(Perry,1982). O papel desempenhado por Sullivan, em favor da mútua - ajuda, mas apenas com a noção de apoio, dentro da psiquiatria, foi desempenhado, também, em outras estruturas clínicas, como no caso das comunidades terapêuticas, por Jones(1953), Edelson(1964, 1970a ,1970b), entre outros, que reforçavam a idéia da utilização de pessoas que já haviam se recuperado de problemas psiquiátricos e que passavam a ser designados de “padrinhos”. O trabalho se baseava em técnicas de confrontar os conflitos e criar soluções para os mesmos. O objetivo era desenvolver funções adaptativas ao ego; estas iam surgindo através dos papéis de líder, de modelo e de amigo, desenvolvidos por sujeitos que haviam se recuperado de transtornos psiquiátricos. Sullivan foi o primeiro a inovar, também, quanto a tal prática ser remunerada.

Foi ao longo dos 20 últimos anos que a prática da mútua - ajuda passou a ser revista como uma estratégia de ação no campo da saúde mental. Em torno do movimento da desinstitucionalização²⁷, surgiram as associações de usuários de saúde mental. Daí se desenvolverem grupos de apoio- mútuo e de auto- ajuda em serviços de usuários independentes dos citados anteriormente, pois os primeiros se destinavam apenas a servir como alternativas para o sistema de saúde mental formal. Alguns autores (Emerick,1989; Kauffman, Freund & Wilson,1989)apontam que tais grupos desenvolveram uma identidade política independente do sistema de saúde mental, mas que estão sempre buscando uma parceria com os serviços de saúde mental já estabilizados. Tal parceria já

levou ao treinamento de usuários como membros das estruturas clínicas e de reabilitação(Davidson, Weingarten, Steiner, et. al., 1997; Mowbray, Moxley, Jasper & Howell,1997; Moxley & Mowbray,1997; Stephens & Beliscle,1993). Tal movimento levou a elaboração de uma lei, nos EUA , em 1990, que torna ilegal a discriminação, em local de trabalho, de pessoa com perturbação psiquiátrica. Com tal lei, o usuário de saúde mental passa a ter respaldo legal para fazer parte de um sistema que eles mesmos querem modificar(Deegan,1993; Moxley & Mowbray,1997). Com toda essa descrição só podemos chamar tal movimento, de um movimento de mútua- ajuda, ou melhor, de suporte mútuo.

O movimento de Apoio Comunitário (Parrish,1989) surgiu em 1970, nos EUA e vem lutando em prol da desinstitucionalização, pois acredita que é necessário criar um meio terapêutico na comunidade e não fora dela. Para tal contam com sujeitos que têm um bom nível de domínio de suas perturbações, contribuindo para o estabelecimento e a manutenção deste meio terapêutico. Esta visão é totalmente diferenciada da prática da auto- ajuda, onde pessoas se isolam para lidarem com uma única questão, não tentando modificar as questões político- sociais que estão aí presentes.

Segundo Barros(1990: 101), “O termo desinstitucionalização, criado pelos americanos, designa os processos de alta dos pacientes psiquiátricos e de reinserção na comunidade, que tiveram início nos EUA há mais ou menos 30 anos. No entanto, na reorganização da sociedade européia do segundo pós- guerra, surgiram movimentos de reforma da psiquiatria, produzindo diversos desdobramentos e significados da noção de desinstitucionalização. Significa, portanto, esclarecer um lugar no interior da reflexão do que representam as instituições totais; debate que se iniciou com a Europa do pós- guerra e nos EUA nas décadas de 50/60”. Após um primeiro momento de denúncias do que

ocorria e do que representava ideologicamente, a desinstitucionalização americana reduziu-se a altas forçosas que levavam a uma transferência das pessoas de uma instituição para outra, ao que denominou *revolving-door*.

Apesar dos grupos de mútua-ajuda terem sido explicitados, primeiramente, através da figura do “padrinho”, percebemos que os princípios destes grupos podem encontrar maior expressão através de serviços independentes de usuários e de usuários que participam do sistema formal de saúde mental e que a presença de pessoas que estão recuperadas de distúrbios psiquiátricos pode servir como possibilidade de criação de estruturas mediadoras entre as instituições impessoais amplas(os hospitais) e uma experiência individual única e de luta em relação às dificuldades psiquiátricas.

7.2- O movimento anônimo/autônomo de usuários de saúde mental no Brasil

Em contraste com o movimento de usuários de serviços de saúde mental da Europa e dos EUA, que apresentam o aspecto de valorização do sujeito segregado e de seu poder na sociedade, assumindo uma “estratégia política que podemos chamar de autonomista e de ‘self-empowerment’”(Vasconcelos,1998), o movimento de usuários no Brasil tem pouca expressão. Porém, é evidente o crescimento do movimento de usuários neste país, a partir de meados da década de 70, o que pode ser compreendido historicamente, pois é nesta época que começa a surgir um movimento maior por parte dos profissionais da área de saúde mental, dando-se início a um movimento que se denominou “Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Esta veio se desenvolvendo dentro de um contexto político autoritário e repressor. Porém, a partir de 1978, podemos dizer que começa a se instaurar o processo da reforma psiquiátrica, a partir de dois acontecimentos importantes: a crise da DINSAM(Divisão Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde), ocorrendo

demissões maciças dos profissionais, a partir das inúmeras denúncias acerca da situação dos hospitais e é a partir daí que se organiza o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se voltavam contra o sistema asilar existente no Brasil. Outro fato importante foi a organização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido em Santa Catarina, favorecendo ainda mais a articulação dos profissionais da área de saúde mental. Ainda em 1978, ocorre o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, contando com a presença de Basaglia, Guattari, Castel e Goffman. Daí houve um maior engajamento de profissionais na direção da reforma psiquiátrica. Já em 1986 houve a realização do II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental. Em junho de 1987 é realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o que passa a descaracterizar o movimento como específico dos profissionais e é justamente a partir desta época que se dá o início da presença de usuários, tendo apenas uma usuária eleita como Delegada, que era Graça Fernandes. Já na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 1992, havia, dentro de um contexto de 1000 participantes, a presença de 100 usuários(cf. Fernandes,1998:3). Segundo a mesma autora, já houve, no Brasil, quatro encontros nacionais de entidades de usuários e familiares, tendo-se cerca de 14 Associações de usuários no Rio de Janeiro e aproximadamente 40 Associações presentes em todo o Brasil e, segundo Fernandes, as mesmas apresentam algumas características específicas como: estarem vinculadas a alguma instituição psiquiátrica ou a serviços substitutivos e serem associações mistas, ou seja, compostas por usuários, familiares e profissionais. Percebemos, com isso, o quão difícil é a realização de uma maior autonomia por parte de grupos excluídos, em uma sociedade que é marcada pela submissão, devido a toda a história deste país: a cada momento somos “colonizados” por um dado país. Atualmente podemos dizer que estamos

submetidos ao poder dos EUA através do crescimento absurdo de uma dívida externa. Mas voltemos aos exemplos de capacidade de transformação desta realidade: em 1993, na Bahia, ocorreu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, onde, os usuários, através de um documento - a Carta de Piatã , reafirmaram sua posição quanto a extinção dos manicômios e em 1993, em São Paulo, no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares foi elaborada a Carta de Direitos dos Usuários, um documento muito importante para o movimento de usuários de Saúde Mental, pois neste os mesmos se posicionam quanto a diversas questões, como por exemplo o fato de relacionarem o uso de eletrochoque com a tortura. No IV Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares dos Grupos de Saúde Mental, em São Paulo, foi elaborada A Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares de Saúde Mental.

Outro fato importante que não podemos deixar de mencionar foi o projeto de lei do deputado Paulo Delgado que propõe uma gradativa mudança do quadro dos serviços de psiquiatria, criando modalidades como hospitais - dia, hospitais - noite, centros de convivência, lares abrigados, centros de atenção psicossocial(CAPS), núcleos de atenção psicossocial(NAPS), unidades psiquiátricas em hospitais gerais e uma rede de suporte social, para que estas pudessem substituir o modelo hospitalocêntrico presente no Brasil.

Como citado por Fernandes(1997) “Num movimento social e cultural emergente como a formação de Associações de Usuários no Brasil, já somos um número expressivo. Viemos mantendo uma atuação bastante significativa não somente nos fóruns onde se debate saúde mental, mas também através de outros grupos de minorias e com movimentos populares vários”. A autora aponta o Instituto Brasileiro por uma sociedade sem manicômios (Instituto Franco Basaglia) da qual é vice- presidente, como uma instituição que vem se desenvolvendo afinada com as propostas da Reforma Psiquiátrica e

também a produzindo, baseando-se na Declaração de Caracas de 1990, com o intuito de se levar adiante, a discussão e à promoção da cidadania plena para os usuários de serviços de saúde mental.

O movimento de usuários, no Brasil, começou a se desenvolver vinte anos após o movimento norte- americano e europeu. Nos países europeus e nos EUA o movimento se desenvolveu junto com outros movimentos sociais. Isto se deve, como aponta Vasconcelos(1998: 7) pelo fato de nossa cultura ser “hegemonicamente hierárquica”. “(...) Por isso, se entende uma cultura em que a pessoa se compreende primordialmente a partir de seu pertencimento a uma rede de relações e suportes sociais familiares, de vizinhança, de compadrio, etc., onde a dependência pessoal é reconhecida e até mesmo cultivada e os elementos de autonomia e independência pessoal não são valorizados”. Vasconcelos ainda aponta vários aspectos importantes para entendermos o processo do movimento dos usuários no Brasil. Um deles é que os profissionais de saúde e de saúde mental tendem a acreditar em uma “cultura terapêutica”, valorizando muito o papel do profissional no processo de tratamento e cura “em detrimento de dispositivos de cuidado mais horizontalizados e centrados no suporte- mútuo”. Vasconcelos utiliza o termo de suporte para identificar um processo que ocorre a partir de um pedido voluntário do usuário, em oposição a noção de cuidado, que se daria mesmo sem voluntariedade. Este é um dado extremamente importante, pois percebemos que os processos grupais que têm como objetivo a promoção da autonomia são muito pouco utilizados no Brasil.

Diante de um quadro brasileiro sempre marcado pela opressão, vemos o movimento de usuários se desenvolver de uma forma menos independente e autônoma do que os movimentos dos países europeus e dos EUA, apresentando um maior número de grupos e associações mistas de usuários, familiares e profissionais, o que difere dos movimentos

acima citados, que têm em sua grande maioria, grupos e associações somente de usuários. Apostamos na prática da mútua- ajuda ou do suporte- mútuo como uma modalidade que poderia, de fato, promover autonomia e não valorizamos a prática da auto- ajuda, por esta não produzir movimentos macro- sociais e com isso, não levar a um processo de autonomia e de discussão de questões culturais, sociais, políticas etc. Vemos a prática da auto- ajuda como uma prática que reforça um lugar de alienação do sujeito, sendo este visto como uma entidade à parte de todos os processos que o inauguram. Porém, não podemos deixar de ressaltar a importância histórica da prática da auto- ajuda, pois esta valorizou o saber do próprio sujeito que sofre em detrimento a um saber científico, apesar de se apoiar no mesmo.

8- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS COMO GRUPO DE AUTO-AJUDA E O TRATAMENTO PROFISSIONAL INSTITUCIONALIZADO DOS 12 PASSOS

Os A.A. começaram nos anos 30 como um movimento de auto-ajuda que aspira a uma reforma interna e que se referem aos problemas existenciais de uma pequena minoria. As 12 tradições definem os extremados limites a quaisquer tentativas para por em ação uma mudança política ou para fazer propaganda cultural. Os diversos segmentos de toda a população norte-americana estão profundamente afetados pelo programa dos 12 passos. Uma leitura superficial de jornais e revistas americanas mostra que o saber dos A.A. passou das periferias para o centro de uma cultura privilegiada. Podemos perceber, no Brasil, o quanto o discurso dos A.A. está presente na mídia. Temos como exemplo duas novelas produzidas pelo canal de maior repercussão no Brasil: em uma novela, havia um personagem chamado Orestes, que no fim da mesma, recorre aos A.A. como instrumento para produzir mudança em sua vida. Outro exemplo é o personagem Bruno, de outra novela da mesma emissora, que consegue se reestruturar em sua vida através do modelo dos 12 passos, sendo, inclusive conselheiro em uma clínica de reabilitação para drogados. As reportagens sobre tratamento da dependência química apresentam apenas o modelo Minnesota como forma de tratamento. Daí pensarmos o quanto uma dada cultura de pares vem sendo inculcada através da mídia, sem que nos demos conta. E a o que tal cultura importada pode levar? Existe uma grande proliferação de grupos de auto-ajuda baseados nos 12 passos, como se tal metodologia pudesse eliminar a angústia de estar no mundo. Um exemplo disto é a fala de um membro dos A.A. de São Francisco, EUA:

“Eu acho que nós estamos falando sobre revolução- fim da guerra, pessoas livrando-se de suas angústias, depreendendo-se que não é poder o que eles querem, é auto-estima. Vocês sabiam que Hitler foi uma criança martirizada? Honestamente, eu

acho que se todos trabalhassem em favor dos 12 passos, mudar-se-ia o mundo”(um membro dos A.A. de São Francisco citado por Mäkelä, 1990). Os primeiros grupos que surgiram a partir dos A.A. foram os Al- Anon(para familiares de alcoolistas), fundados em 1951 e os Alateen(para adolescentes familiares de alcoolistas), fundados em 1957 e que basearam-se nos papéis que a família desempenhava em torno do alcoólico. O primeiro movimento dos 12 passos que ocupava-se de problemas diferentes do álcool, foi os Narcóticos Anônimos, fundado em 1953, pois desde cedo os adeptos de outras drogas, que não o álcool, haviam se tornado um impasse para os A.A.. A partir do momento em que o desejo de parar de beber tornou-se a única exigência da instituição, as pessoas dependentes de outras drogas deixaram de ser consideradas adequadas para participarem de tal movimento. Daí os N.A .terem sido fundados por membros dos A.A. duplamente dependentes, mas logo os Narcóticos Anônimos adquiriram autonomia organizacional própria. Os outros movimentos que não se ligaram à bebida foram: os Jogadores Anônimos (1957), os Comedores Compulsivos Anônimos(1962) e Emocionais Anônimos(1971). À exceção deste último, todos tratam de comportamentos altamente compulsivos.

A grande multiplicidade dos grupos dos 12 passos começou nos anos 70 e particularmente nos anos 80. Entre os inúmeros grupos que aplicam os 12 passos, estão:

- Os Espancadores Anônimos
- Os Divorciados Anônimos
- Os Portadores de Enfisema Anônimos
- Os Fundamentalistas Anônimos
- Os Homossexuais Anônimos
- Os Impotentes Anônimos

- Os Messias Anônimos
- Os Molestadores Anônimos
- Os Estupradores Anônimos
- Os Trabalhadores Compulsivos Anônimos

Muitos outros grupos novos estão tratando de problemas altamente específicos através da metodologia dos 12 passos. Torna-se preocupante o fato do programa dos 12 passos ser aplicado a problemas muito mais genéricos do que a bebida, o jogo, a alimentação em excesso. Os membros destes inúmeros grupos praticam os 12 passos como uma filosofia de vida, acreditando que tal metodologia é “a contribuição americana mais importante para a história da espiritualidade humana”. Tal metodologia utilizada de forma tão universalizante só pode contribuir para um processo de grande alienação, onde todas as situações relativas aos grupos, não são contextualizadas, passando a ser consideradas apenas como uma dificuldade pessoal de cada membro e onde o recorrer a um poder superior nos remete aos pedidos feitos à Deus, pela população nordestina, castigada pela seca, quando pensam o fenômeno da seca como um fato da natureza, quando sabemos que tal fato relaciona-se a um desrespeito intenso das autoridades governamentais frente a tal situação, beneficiando inúmeros donos de terra, que passam a ter mão de obra extremamente barata, quando não escrava. Quando olhamos para uma situação, de forma monolítica, estamos favorecendo um olhar alienante frente ao mundo.

Os autores finlandeses do grupo Finnish, que estudam os grupos de auto-ajuda trazem um olhar que reforça tal prática, mas não se detêm ao aspecto desta prática grupal que pode levar a uma forma de produção de subjetividade²⁸ que mostra-se alienadora, já

²⁸ “As produções de subjetividade estão em curso, tão múltiplas e provisórias quanto as possibilidades desejantes. (...) suprimidas as vias de criação, a subjetividade cristaliza-se através das territorializações duras, que configuram capturas do desejo” (Leitão, M. B. Sá, 1992:147-148).

que não aponta para o coletivo. Parece-nos que tal prática aponta para noções de unidade, de universalidade, de igualdade e, com isso, não deixa espaço para o criativo, para o inusitado, para o “estrangeiro” que habita em todos nós. Em oposição a auto-ajuda, a definição da mútua-ajuda referida por Davidson et. al.(1997) seria a de “(...) um processo através do qual as pessoas voluntariamente se unem para ajudar outras a resolverem problemas comuns ou dividir responsabilidades. A participação em tal processo reflete um esforço intencional para se achar um nicho social no qual existem fontes e estruturas disponíveis para reforçar a habilidade de um indivíduo para orientar tais responsabilidades.”

Ainda segundo Davidson et. al.(1997) existiriam as seguintes características básicas da mútua-ajuda:

1º- Partilhar experiências de vida idênticas com outras pessoas pode aumentar o entendimento que se tem da situação dessa pessoa e reduzir o isolamento social. O envolvimento no apoio-mútuo pode aumentar as redes sociais dos participantes e pode oferecer aceitação, apoio, entendimento, empatia e um sentido de comunidade aos participantes, levando a um aumento na esperança e na autonomia e a uma afirmação da responsabilidade pessoal.

2º- Um processo estruturado de interação social pode permitir às pessoas adotarem papéis socialmente válidos, nos quais elas não estão mais restritas a um papel passivo de “paciente” apoiando-se no conselho do *expert*, mas agora também pode servir como um modelo de papel para membros mais recentes, fornecer apoio e assistência aos outros e receber apoio para seus próprios esforços, orientando, assim, os seus problemas, identificando este particular de desempenho como o “princípio de terapia de ajuda” e

desde então a eles se juntaram muitos pesquisadores para documentar o impacto deste objetivo na perspectiva e nas atividades que podem ter nas vidas das pessoas.

3º- O apoio- mútuo pode ser diferenciado do apoio social que ocorre naturalmente, o qual é um processo intencional que inclui procedimentos padrões, rotinas e prescrições para dirimir os problemas e as conseqüências da vida diária. É o apoio-mútuo que cria uma estrutura de comportamento específico que pode oferecer nova informação, perspectivas, treinamento e habilidades, nas quais um clima social e de apoio pode ser incentivado. O apoio-mútuo nestas estruturas inclui muitas vezes tarefas de aprendizado para nova informação de como orientar o problema de alguém, tais como dirimir estratégias ou perspectivas alternativas e expor-se a modelos de papel bem sucedido, permitindo o aprendizado vicário modelar e o reforço das habilidades de solução do problema.

4º- O apoio-mútuo pode oferecer visões globais e ideologias que apoiam pessoas no desempenho de suas experiências. Através desta combinação de meios , o apoio-mútuo torna-se uma base capaz de estruturar relações humanas, ideologia e atividade através de meios que podem oferecer apoio emocional e instrumental para pessoas que lutam com dificuldades da vida particular.

O apoio-mútuo pode ser pensado como tendo, como princípio básico, a ecologia social. Tipicamente as pessoas que precisaram encontrar meios alternativos para dirigirem seus problemas (i. e. através de grupos de auto-ajuda) fizeram isto por causa das opções previamente disponíveis, as quais não tinham sido suficientes(Maton,1989; Humphreys & Rappaport,1994; Levine & Perkins,1987). Esta necessidade para outras alternativas podia ser pensada como o resultado de um elemento confuso entre a pessoa e as fontes disponíveis no meio para lidar com a situação. (Kelly,1966,1971; Riger,1984;

Maton,1989; Levine & Perkins,1997). Tais análises implícitas são freqüentemente a base de esforços para criar novas estruturas ou para mudar aquelas já existentes, visando a enfrentar melhor as necessidades de pessoas envolvidas. As estruturas de apoio-mútuo podem servir para aumentar o limite de nichos sociais disponíveis para tais indivíduos; além disso, dentro da ousada categoria de apoio-mútuo haveria idealmente uma variedade de estruturas das quais uma pessoa pudesse escolher a que melhor se ajusta as suas necessidades.

As formas exatas nas quais o apoio- mútuo é colocado são enormemente influenciadas pela ideologia particular daqueles que a promovem. Os participantes de papéis específicos adotam as habilidades que eles aprendem e a natureza de suas redes sociais será uma função pertencente a ideologia da estrutura. Vários escritores enfatizaram o papel da ideologia do apoio- mútuo/ de auto – ajuda como um **antídoto cognitivo** para os problemas dos participantes (Antze,1976; LEVINE & Perkins,1997; Kennedy & Humphreys,1994), que ajudam as pessoas a operarem mudanças cognitivas no modo como elas se defrontam com dificuldades, oferecendo novas visões e novos caminhos para visualizá-las. Com a nossa definição finalmente vemos o desenvolvimento do apoio- mútuo; particularmente nas estruturas destinadas a pessoas com distúrbios psiquiátricos como possivelmente oferecendo também um “antídoto ambiental” (Kloos,1998) para as realidades de isolamento e desespero nas quais tais pessoas se encontram (Davidson, Hoge, Godleski et. al., 1996).

É importante ressaltarmos a amplitude de ação e a capacidade suportiva dos grupos de mútua-ajuda. Geralmente se desvaloriza tal prática, alegando-se que a mesma tem a sugestão como objeto para uma ação terapêutica. Tal desqualificação se baseia no fato de Freud ter feito uma distinção entre a sugestão e o cientificismo de práticas terapêuticas,

como a psicanálise. Aí podemos perceber o quanto o saber que provém da prática popular é desqualificado, apesar do surgimento, por exemplo, da psicanálise, ter sido proveniente da observação clínica, ou seja, de uma prática empírica e de sabermos que uma teoria só se constrói embasada em uma prática.

A modalidade de grupo de mútua- ajuda é difundida mundialmente e já faz parte do projeto "Saúde para todos no ano 2000", da OMS. Geralmente apresentam manuais operacionais, baseados em regras que levariam à solução de problemas. Estes últimos seriam decorrentes de um evento desestruturador da vida do sujeito. São também qualificados de auto- ajuda ou de auto- sugestão. Procura funcionar como um auxílio para que as pessoas possam resolver problemas relacionados à saúde física ou mental. São grupos homogêneos, já que as pessoas passam por um mesmo tipo de sofrimento.

Rootes e Aanes(1992) se baseiam em sete critérios para qualificar um grupo como sendo de auto- ajuda; são eles :

1) Apoio- mútuo e educacional , 2) a liderança vem do interior do grupo, 3) só entra em questão um único evento desestruturador de vida, 4) a participação dos membros do grupo é voluntária, 5) não há interesses financeiros, nem fins lucrativos, 6) tem como objetivo o crescimento pessoal dos integrantes e tem 7) caráter anônimo e confidencial. Além disso, os autores delimitam oito princípios básicos para o funcionamento dos grupos de auto- ajuda: 1) experiência compartilhada, 2) auto- administração, 3) aceitação de responsabilidade por si próprio, 4) objetivo único, 5) participação voluntária, 6) concordância na mudança pessoal , 7) anonimato e 8) confidência.

Zukerfeld(1992) aposta em uma mudança psíquica para o próximo século, através da psicanálise e da auto- ajuda. Acreditamos que essa mudança, que preferimos chamar de uma nova produção de subjetividade já vem ocorrendo e parece- nos estar bem mais

baseada na auto-ajuda, do que na psicanálise, pois acreditamos que o ser humano, diante de tantas mudanças e de um estado cada vez mais acelerado de mudanças passa por um processo em que já não consegue ter uma delimitação clara de si dentro do meio social e daí a necessidade dos encontros entre “pares”, ou seja, entre iguais, para que a ilusão da integridade de sujeito possa ser mantida. Zukerfeld(1992:77) diz que “o compartilhar experiências comuns proporciona aos seus integrantes uma enorme energia que pode ser destinada para as exigências da vida, a ressocialização e a recuperação”. Sugere três hipóteses para a compreensão do funcionamento dos grupos de auto-ajuda, que são: a **homogeneidade**- por mecanismos de identificação pode vir a ocorrer uma coesão grupal, surgindo alianças fraternais e conseqüentemente, uma ação transformadora. A segunda hipótese é a de **modelização**, pois só através de um compromisso emocional com as crenças grupais, é que ocorrerá um movimento de auto-ajuda mais eficaz. A terceira hipótese é a de **confrontação**, ou seja, é o enfrentamento com as realidades biológica, psicológica e social. Esta visão é extremamente cartesiana, onde se acredita que é possível chegar à verdade dos fatos.

Zimerman(1993) aponta que os grupos de auto-ajuda, quanto a sua formação, podem ser do tipo **espontâneo** ou **incentivado** por algum técnico. Fiscman(1997) cita os Alcoólicos Anônimos como o grupo norteador de todos os grupos com filosofia de irmandade. Esta refere-se à informalidade nas reuniões, trocas de experiências entre seus membros e o uso da confrontação. A filosofia da irmandade levaria a uma atitude auto-reflexiva, onde os membros da irmandade se sentiriam compreendidos, apoiados e respeitados por seus pares e tendo uma conseqüente melhora da auto-estima.

Em alguns países é grande a distância entre os A.A. e o tratamento profissional e em outros países há uma interconexão entre os tratamentos profissionais e os A.A., sendo

os 12 passos adotados como um componente importante dos programas profissionais de tratamento, sendo os EUA um exemplo claro de tal conexão.

As primeiras tentativas para transformar o programa dos 12 passos em um regime profissional de tratamento começou no início da década de 50, mas o tratamento dos 12 passos não se tornou parte dominante do sistema de tratamento profissional na América do Norte antes das décadas de 70 e 80 (Anderson, 1980; Cook, 1988). Bradley (1988) estima que aproximadamente 60% de todos os profissionais de tratamento do alcoolismo nos EUA são membros dos A.A..

Com o crescimento do tratamento profissional dos 12 passos, o sistema de crença em um movimento social se transformou em uma modalidade de tratamento, pois os movimentos sociais geralmente não adotam um sentido técnico para suas atuações. É importante ressaltarmos que um saber científico como a medicina, passou a utilizar um sistema de crenças para trabalhar com alcoolistas e que isto se deu de forma mundial, a partir da experiência dos A.A. e que, também, os A.A. beberam da fonte do saber médico para criar um programa próprio de atuação. Estes saberes parecem extremamente implicados um com o outro, já que partem da noção de doença e com isso lidam com a noção de diferença de forma excludente, onde opõem-se normal e patológico. Como pensar que uma prática que parte de tal noção excludente pode levar a uma transformação deste lugar de excluído? Isto seria possível ou os A.A. estariam apenas contribuindo para um lugar de alienação de tal processo?

As regras de discurso nas instituições dos 12 passos são significativamente diferentes se comparadas às reuniões tradicionais dos A.A.. Segundo Mäkelä (1992), nas instituições de tratamento dos 12 passos, há uma forte pressão para que todos discurssem e

são dadas explicações causais e interpretações psicológicas do comportamento atual e passado dos pacientes(Cook,1988;Denzin,1987).

Uma mudança significativa da prática dos A.A. para o tratamento profissional dos 12 passos se dá quanto ao 5º passo, onde a solidariedade do “padrinho” é substituída pelo dito conhecimento profissional. Nas palavras de Anderson, pioneiro do tratamento institucional dos 12 passos: “normalmente, a maioria dos membros dos A.A. dão os seus quarto e quinto passos com um outro membro dos A.A.... nós elegemos clérigos treinados para esta experiência terapêutica significativa”(1980:16).

O pensamento tradicional dos A.A. enfatiza a participação voluntária. De acordo com a terceira tradição, “a única exigência da associação dos A.A. é o desejo de parar de beber”. Em oposição explícita a tal fato, Anderson(1980:8) afirma que “a motivação inicial para o tratamento não está ligada ao resultado” e Johnson(1986) escreveu um artigo cujo título é “como ajudar alguém que não quer se ajudar”. Tais alterações nas premissas básicas dos A.A., mostram o quanto um saber dito científico, como a medicina, não se preocupa em pensar sobre que tipo de concepção acerca do humano tal prática traz e apenas se detêm a uma visão quanto a uma possível eficácia de tratamento. Com isso, não há uma postura ética quanto a pensar o que tais práticas podem produzir. Parece-nos que há apenas a preocupação, tanto nos A.A. como nas práticas profissionais dos 12 passos, quanto a uma adequação a um sistema capitalista de produção, onde as pessoas não podem trazer marcas de uma singularidade, mas, sim, uma produção em série.

O tratamento institucional dos 12 passos trouxe à tona a figura do conselheiro. O estudo de Brown(1989) sobre os consultores profissionais dos 12 passos mostra o quanto tal tratamento penetra de forma difusa, nos A.A. na América do Norte. Dos 35 conselheiros entrevistados pelo autor, todos trabalhavam com profissionais terapeutas dos

12 passos e não com o tradicional “padrinho”. O papel dos conselheiros profissionais, no movimento, é, em muitos casos, ambíguo(Kurtz,1988).Os conselheiros falam muito mais sobre os seus trabalhos do que sobre o trabalho dos 12 passos, como é o caso dos A.A..

Em uma análise clássica da estrutura dos A.A., Bales(1994) apresenta um debate sobre as funções do trabalho dos 12 passos para os A.A. como um movimento social. Segundo Bales, a coesão entre os membros dos A.A. se baseia nas experiências passadas da bebida. O trabalho do 12º passo, para Bales, é a principal garantia para a unidade do movimento e se opõe à organização hierárquica. Bales faz uma crítica ao crescimento do tratamento institucional dos 12 passos, acreditando que o mesmo tem um efeito negativo quanto ao direcionamento para o 12º passo.

O tratamento profissional americano dos 12 passos tem ramificações internacionais. A discussão de Stenius(1991) sobre os países nórdicos mostra que o tratamento Minnesota pode se estender para países que não tem a experiência dos A.A. tradicional, onde haviam críticas à experiência dos A.A., como no caso da Suécia, onde os A.A. eram vistos como um movimento primitivo de auto- ajuda . Porém, por volta da metade da década de 80, a situação mudou, a partir do advento do tratamento institucional dos 12 passos, do tipo Minnesota (Helmerson,1991).

Entendemos a difusão internacional dos A.A. como um processo de “homogenização cultural” promovido pelos EUA, em função de uma monopolização econômica, onde, principalmente os países da América do Sul ficam em uma posição de colonizados, recebendo as informações provenientes da América do Norte, como “verdadeiras”. O modelo norte- americano de tratamento do álcool e de outras drogas influencia, até hoje, o tratamento quanto ao uso/ abuso de drogas, tendo alguns profissionais, uma postura de descrença quanto a qualquer outro tipo de prática. Um

exemplo disto foi uma crítica feita a uma instituição- dia para atendimento à adolescentes usuários de drogas, por um psiquiatra que trabalha com o modelo Minnesota dos 12 passos, quanto a tal instituição não ter em seu quadro técnico, conselheiros em dependência química. Alegou que tal fato era um “esnobismo acadêmico”, por tal instituição fazer parte de um programa de extensão universitária. Os A.A. podem ser considerados um “pacote” pronto da cultura norte- americana, exportado por *experts* do mercado encarregados do tratamento dos 12 passos.

8.1 - Benefícios e Limitação da Auto- Ajuda

Em adicção a auto- ajuda já é prática comum. Porém, para pessoas com amplas condições clínicas e circunstâncias de vida estressantes, levantou-se, somente atualmente, uma plataforma de organizações para tratar especificamente com problemas de saúde mental (Kessler, Mickelson & Zhao,1997). Há, é claro, a rede ampla dos 12 passos e dos grupos baseados na abstinência destinados a pessoas com uma variedade de adicções observadas acima (p. ex. os A.A. , os NA, Cocaína Anônimos, Jogadores Anônimos) assim como grupos destinados a esposas e filhos de adictos (ALANON,ALATEEN, crianças adultas de alcoólicos). Os grupos que foram desenvolvidos por e para pessoas com distúrbios de alimentação originando-se da super ingestão de alimentos (Comedores Anônimos) anorexia e bulimia (Hartley & Newton,1991) e para doenças depressivas e maníaco – depressivas (Finnen,1989; Wulsin, Bachop & Hoffman,1988).

Houve alguns grupos que foram especificamente desenvolvidos para pessoas que haviam sido dispensadas de hospitais psiquiátricos. Um exemplo disto são as organizações como GROW (Omark,1979; Maton & Salem, 1995; Rappaport, Seidman, Toro et. al.,1985; Shannon & Morrison,1990; Snowdon, 1980; Young & Williams,1987,1988),Recuperação, Inc.(Kurtz & Chambon,1987) e Esquizofrênicos Anônimos (Joseph, R. & Donald, F.,1973; Ryback,1971; Snowdon,1980); estas tentaram fornecer uma rede social de apoio e linhas de orientação behavioristas e cognitivas concretas para pessoas em recuperação de séria doença mental. No caso do GROW os grupos de apoio eram formados e organizados pelos primeiros pacientes dos hospitais para doenças mentais e no caso do Recovery Inc. , pelo psiquiatra Abraham Low. Ambos ofereceram a pessoas com histórias de dificuldades psiquiátricas significativas, orientação para as suas vidas diárias, modelos de desempenho efetivo e uma crença em que eles podiam se recuperar. Vários autores mais recentemente interrogados sobre se estes grupos continuam a ser utilizados por pessoas com esquizofrenia ou se elas se tornaram mais um apoio para pessoas com distúrbios menos graves (Emerick, 1989; Kurtz & Chambon, 1987; Shannon & Morrison,1990; Young & Williams, 1988), apontam que durante a metade dos anos 80 74% dos participantes do estudo do GROW tinham sido hospitalizados antes de irem para o seu primeiro grupo (Kennedy,1989). Ao mesmo tempo nos E.U.A o GROW continua recebendo referências e apoio dos departamentos estatais do contingente de saúde mental em referência a inclusão de pessoas com doença mental grave, inclusive diagnósticos de esquizofrenia (GROW na América, 1994; Maxwell, D. e Voltarel, P. comunicação pessoal, 29 de fev. de 1966).

Como observado acima os grupos de apoio de auto- ajuda/ mútua- ajuda também se desenvolveram mais recentemente como parte do movimento de usuários de saúde

mental. Tais grupos variam em termos de grau nos quais eles estão envolvidos em atividades de grupo de apoio, advocacia, organização política (Emerick, 1989,1991).

O Centro do Poder Nacional, uma organização fundada e desenvolvida pelo usuário oferece apoio técnico à pessoas que nos EUA interessam-se em formar um grupo de apoio – mútuo ou de auto – ajuda (Chamberlin, 1996).

Embora novos grupos continuem a se formar, a maioria das pesquisas sistemáticas publicadas foi enfocada por Recovery Inc. e GROW (Emerick,1989, Borkman, 1991; Kyrouz & Humphreys,1996). Os autores reviram os achados empíricos de quem utiliza estes grupos de apoio- mútuo e auto- ajuda e que benefícios podem ser adquiridos pelas pessoas que sofrem de doença mental grave. O estudo focaliza as análises que comparam os participantes do grupo de mútua - ajuda com não – participantes e/ ou incluem índices longitudinais. Incluíram nesta abordagem aqueles grupos que se caracterizam como “auto- ajuda”, mas que são efetivamente grupos de apoio ou psicoterapia liderados por profissionais que não participam da condição orientada pelo grupo. Embora o corpus de trabalho que abordamos não seja amplo, é útil para documentar o uso limitado apesar do valor potencial de apoio- mútuo para pessoas com histórias de distúrbios psiquiátricos e na identificação de direções para pesquisa futura nesta área.

Diversos estudos afirmam que aproximadamente 60% dos grupos de auto – ajuda para pessoas com doença mental séria são formados por mulheres- geralmente solteiras- e que (i. e ., 55% a 74%) foram hospitalizados com problemas psiquiátricos(Kennedy,1989; Luke, Rappaport & Seidman,1991; Kaufmann, Schulberg & Schooler,1994). A utilização dos grupos de auto- ajuda parece ser um ajustamento da pessoa- meio, mais do que um assunto de apelo universal (Levine & Perkins,1987; Luke, Roberts & Rappaport,1993). Por exemplo, Kaufmann e colegas (Kaufmann, Schulberg &

Schooler ,1994) acharam em um estudo controlado de 90 participantes, que apenas 17% de pessoas convidadas a freqüentar um grupo de auto- ajuda fazia de fato isto. Luke e colegas (Luke, Roberts & Rappaport,1993) desenvolveram um estudo de 30 meses, de 799 membros do GROW em 13 grupos e acharam que aproximadamente 1/3 das pessoas que vinham para a reunião do GROW não continuavam depois da 1ª ou 2ª reunião; outro 1/3 vinha durante 3-4 meses e o último 1/3 participava por períodos que não excediam 4 meses. Estes resultados de baixos índices de utilização se defrontam com o fato de que o apoio- mútuo aparece normalmente para ser um componente efetivo da recuperação apenas para uma minoria, talvez mais de 1/3 de indivíduos com doença mental grave; demonstrando que a única solução para o problema ou necessidade não “adaptará” todas as pessoas que partilham desta necessidade(Rappaport,1977). Kyrouz & Humphreys (1996) observam que tais índices baixos de participação não são únicos para os grupos de auto- ajuda; entretanto, muitas organizações voluntárias envolvem participantes potenciais em índices similares (isto é, P.T.A . ou grupos de observação vizinha).

Os membros do grupo de auto- ajuda que continuam a participar parecem fazer isto porque eles valorizam os encontros de apoio- mútuo e a experiência de apoio – mútuo ousado(Roberts,1987), apreciaram a instigação de esperança e desenvolveram um maior auto – entendimento (Llewelyn & Haslett,1996; Kennedy,1995). Em lugar do índice de abandono dos grupos, por parte de seus freqüentadores, Markowitz e colegas (Markowitz, De Marsi, Carpinello e outros,1996) acharam que as experiências de negatividade dos membros do grupo, assim como a negatividade da doença, eram as principais razões pelas quais os membros destes grupos abandonavam as reuniões. Claramente são necessários estudos mais sistemáticos para se saber porque algumas

pessoas com doenças mentais sérias e persistentes participam da auto-ajuda, enquanto a maioria de outras não.

Enquanto a pesquisa de renda convencional focalizava primeiramente a redução do sintoma mudando conceituações daquilo que constitui melhoramento e recuperação, constata-se que outros índices de funcionamento a serem incluídos visam a entender o impacto que o apoio – mútuo e a auto – ajuda podem ter nas vidas de pessoas com dificuldades psiquiátricas. Por exemplo, um foco sólido sobre a redução do sintoma psiquiátrico perderia as conseqüências sociais da doença mental sobre o qual o apoio – mútuo pode ter uma forte influência (Kaufmann, 1996; Humphreys, 1997). Além disso, os grupos de auto-ajuda como fenômeno de interesse não podem ser entendidos apenas como uma modalidade de tratamento, mas foram também citados como comunidades normativas, redes de apoio social e organizações de ação política (Humphreys & Rappaport, 1994; Maton & Salem, 1995; Salem, Seidman & Rappaport, 1988 in: Davidson, L. et al., 1997). Aqui nós revisamos a literatura de interesse de apoio- mútuo sobre os indicadores da eficácia do tratamento, ou seja: a) redução do sintoma, b) índices de hospitalização e c) a promoção da integração social face ao desenvolvimento das relações, dos papéis valorizados e das atividades de uma vida proveitosa.

As conclusões sobre a influência de apoio- mútuo no âmbito geral da redução do sintoma dos participantes são limitados pela origem dos índices existentes (Humphreys & Rappaport, 1994; Levy, in: Davidson, L. et al., 1997), Kaufmann e colegas (Kaufmann, Schulberg & Schooler, 1994 in: Davidson, L. et al., 1997) acharam em seu estudo controlado que os membros dos grupos de auto-ajuda não melhoravam nem pioravam em função da redução de sintomas em relação aos membros de controle de grupo em outro tratamento. Do mesmo modo Raiff (1984) considerou que os membros do Recovery, Inc.

não tinham uma exacerbação de sintomas durante o período de participação. Entretanto, o estudo feito do Recovery Inc. por Galanter (1988) achou que a sintomatologia psiquiátrica melhorava, que as habilidades de cooperação aumentavam e também a satisfação de vida dos membros era melhor. Tanto Galanter quanto Raiff acharam que os membros Recovery Inc. que não haviam participado dos grupos durante mais de 2 anos tinham um nível mais baixo de sintomatologia. Por outro lado, a maior parte dos membros do GROW assumiam direções mais positivas do que os membros- comprometidos durante 10 meses de observação (Luke,1989 in: Davidson, L. et al., 1997). Além disso, o alto índice de frequência do grupo GROW estava positivamente relacionado aos registros de índices mais baixos de isolamento quando os seus membros se mantinham distantes do grupo e também a pesquisa de apoio se tornava maior(Reischl & Rappaport,1988 in: Davidson, L. et al., 1997). Considerados, simultaneamente, estes resultados parecem indicar que em geral os participantes que optam por continuar nos grupos não agem de forma pior e que aqueles que estão mais comprometidos com o grupo tem sempre significativos resultados.

O padrão dos resultados é talvez mais claro nos vários estudos que investigam o modo como a participação nos grupos de auto – ajuda afeta os índices de hospitalização. Os estudos realizados pelos Maníaco - Depressivos Anônimos e pela Associação de Depressão(Kurtz,1988 in: Davidson, L. et al., 1997) e pela Recovery Inc. (Galanter,1988) assinalam índices significativamente mais baixos de hospitalização após os seus membros terem se juntado aos respectivos grupos comparando- se estes àqueles aos quais antes se haviam juntado (por exemplo, MDDA- 82% antes em relação a 33% depois; Recovery Inc.- 52% em relação a 7%) . Galanter afirma também que os membros do Recovery Inc. haviam aumentado a utilização dos serviços para pacientes externos durante este período.

Enquanto estes resultados são promissores, a sua interpretação é de certo modo limitada face a sua ligação com os registos de hospitalização, os índices retrospectivos e as estratégias de análise. Kennedy (1989) e Rappaport (1985) se referem entretanto a um estudo que empregava os registos hospitalares para investigar as mesmas questões de modo adicional. Empregaram 12 índices demográficos visando a um melhor resultado dos participantes do GROW para com os pacientes que haviam utilizado os serviços do Departamento de Saúde Mental de Illinois(DMH); estes pesquisadores concluíram que os dois grupos não possuíam diferenças nos índices de hospitalização e permaneciam por mais de 32 meses do que os membros do GROW quando unidos a um grupo. Todos os participantes tinham no mínimo 5 hospitalizações recentes durante o período básico. Da mesma forma os pesquisadores concluíram que não havia diferenças no número de hospitalizações 32 meses após os membros terem se unido ao GROW; entretanto, a duração de permanência no hospital era dramaticamente diferente. Os membros do GROW eram hospitalizados durante os 179 dias dos 32 meses(isto é, o GROW anterior) e 49 dias em relação ao período dos 32 meses subseqüentes(ou seja, após se unirem ao GROW), período em que os pacientes do DMH estavam no grupo de controle apresentando 175 e 123 dias de permanência em relação aos mesmos períodos de tempo. O índice não revela porque a permanência é diferente, mas a partir das observações de Kennedy (1989) sugere-se que a diferença possa ser devida a muitos membros do GROW utilizarem os materiais dos grupos de auto- ajuda enquanto hospitalizados e também, devido às visitas de apoio de outros membros do GROW e à tendência potencial da equipe hospitalar em apoiar os primeiros membros do GROW porque a equipe tinha consciência de que eles iam voltar a situações em que os membros teriam apoio social significativo.

A segunda área ousada de benefício potencial de apoio mútuo/ auto- ajuda para pessoas com doença mental séria é a tendência deles para promover a integração social considerada indispensável à recuperação. Reidy(1994:3) define a integração social como “encorajar as pessoas com distúrbios para oportunidade de participar de todos os aspectos da vida em comum”(p.3), o que pode ser entendido como 3 elementos essenciais- relações voluntárias, papéis sociais válidos e atividades de vida proveitosa. Utilizamos esta estrutura conceitual de integração social para organizar os resultados de pesquisas remanescentes quanto aos grupos de apoio- mútuo.

Inúmeros pesquisadores concluíram que pessoas com sérias dificuldades psiquiátricas que chegam aos grupos de auto- ajuda reduziram notadamente as redes sociais(Ribsl & Luke,1993; Kennedy,1989). Muitos membros tendem a ficar desempregados (Kennedy,1989; Kaufmann, Schulberg & Schooler,1994; Segal, Silverman & Temkin,1995) e nunca foram casados(Kennedy,1989; Kaufmann, Schulberg & Schooler,1994).

Vários outros pesquisadores concluíram que a participação contínua nos grupos de auto – ajuda está positivamente relacionada ao fato de se possuir maiores redes sociais(Rappaport, Seidman, Toro e outos,1985; Carpinello, Knight & Janis,1991; Van Uchelen,1989 in: Davidson, L. et al., 1997). Kaufmann (1989) ao sumarizar os resultados de suas pesquisas descreveu o apoio- mútuo e a auto- ajuda como alternativas promissoras aos serviços tradicionais porque estes oferecem mecanismos para pessoas com significativas histórias de tratamento psiquiátrico para formar relações sociais voluntárias. Sobre a sua pesquisa com GROW, (Salem, Seidman e Rappaport, 1988 in: Davidson,L. et al.,1997), argüiram similarmente que os grupos de auto – ajuda podem ir além, oferecendo apenas membros com uma associação em grupo que se reúna uma vez por

semana, mas torne-se uma rede social que possa ser requisitada durante as crises e os tempos de celebração.

Os estudos promissores de apoio de redes irão visar a um melhor entendimento dos benefícios e mecanismos das relações crescentes através das experiências de auto-ajuda.

Como definiu Reidy(1994) os papéis válidos são essenciais para que as pessoas se identifiquem como instrumentos de valor e auto-estima positiva. Uma primeira ênfase sobre a auto-ajuda e o apoio- mútuo é que não se deveria ficar restrito ao papel de uma “ajuda”, mas também tornar-se “alguém que ajude”(Riessman,1965 in: Davidson, L. et al., 1997). Ao longo da observação comportamental de 799 indivíduos dos 13 grupos do GROW durante mais de 2 anos e meio, Roberts e Rappaport (1989 in: Davidson, L. et al., 1997) concluíram que a frequência de ajuda de outros dentro do grupo estava positivamente relacionada ao crescente ajuste social, embora tal ajuda não estivesse associada às reduções da sintomatologia psiquiátrica. Zimmerman e colegas (Zimmerman, Reischl, Rappaport e outros,1990) concluíram que o GROW cria intencionalmente papéis para os membros mais novos como meio de expandir os seus grupos. Do mesmo modo ao longo de 6 meses de observação, Kloos(1998) concluiu que a facilidade de tratamento residencial possibilitada pelo GROW tinha muitos outros papéis sociais (por exemplo, líder de time de trabalho, líder do grupo de ajuda- mútua, organizador de atividades, líder da reunião, representante de determinadas situações etc.) e outras atividades instrumentais para membros a quem uma facilidade idêntica era favorecida pelo Centro de Saúde Mental, que enfatizava os papéis do pessoal. Carpinello, Knight e Janis (1991) referem-se a conclusões idênticas nos grupos de auto-ajuda de Nova York e afirmam que o trabalho de apoio- mútuo e de auto-ajuda em parte facilitam as mudanças de papel, tornando o “ajudado”, naquele que ajuda.

O apoio- mútuo parece também prometer um aumento da qualidade de vida de pessoas com distúrbios psiquiátricos persistentes. Os contínuos membros de grupo foram associados graças a percepções crescentes de auto- ajuda, habilidades no tomar de decisões e melhor funcionamento social (Carpinello, Knight & Janis,1991; Galanter,1988;Kaufmann,Schulberg & Schooler,1994; Markowitz, De Masi, Carpinello e outros,1996) concluíram que efeitos positivos simples para o auto- conceito e a satisfação inter- pessoal tomadas como “serviços tradicionais” tinham um certo efeito negativo nos participantes do estudo. A auto- ajuda pode também criar sentimentos mais fortes de coesão, níveis de satisfação de vida, percepções de segurança e um auto- senso de espiritualidade mais comparado àqueles que pertencem a toda população do que à pessoas com distúrbios psiquiátricos(Galanter,1988;Kennedy,1995; Humphreys,1997 in: Davidson, L. et al., 1997).Carpinello, Knight e Janis (1991) concluíram que a participação contínua estava também positivamente ligada a outros membros que persuadiam fins educacionais e trabalho. Estas minorias de funcionamento podiam ser consideradas exemplos de poder pessoal (Kieffer,1984). Chamberlin(1996) e Deegan(1992) observam que o apoio- mútuo/ auto- ajuda podem também levar a ação coletiva na forma de direito político o qual poderia ser considerado um exemplo de poder coletivo(Grupo de Poder da Universidade de Cornell,1989). Estes resultados se devem em parte à tendência de apoio- mútuo que visa a encorajar a assistência útil e desencorajar as interações negativas. Os membros do GROW afirmam que possuem pouca tolerância de encorajamento para os sentimentos negativos e relativamente pouca discórdia nas reuniões do grupo(Toro, Rappaport & Seidman,1987). Além disso Roberts e colegas(Roberts, Luke, Rappaport e outros,1991) desenvolveram uma rigorosa análise comportamental psicometricamente significativa dos tipos de afirmativas feitas nos grupos do GROW e concluíram que elas

eram sete vezes toleráveis e sete vezes negativas. Além disso eles concluíram que as pessoas fechadas em si eram relativamente pouco freqüentes (7% dos comentários) em relação aos comentários sobre ajuda(25%), interpretações(10%), guia(5%) e conversa(4%). Roberts e colegas(Roberts, Luke,Rappaport e outros,1991) caracterizaram os comentários dos grupos como mais toleráveis e mais propensos a resolver problemas do que o “desabafo” dos membros.

Embora a literatura empírica não seja extensa e se limite a um só estudo orientado que envolve este tipo de pessoas, ela sugere que a auto-ajuda mantém a promessa como meio potencial para se dirigir às diversas necessidades de pessoas com distúrbios psiquiátricos. O envolvimento do “padrinho” nos esforços de apoio que visam aos aportes de Saúde Mental parece ter uma certa força para manter o tratamento da saúde mental. Talvez até mais importante, o envolvimento de apoio através do apoio- mútuo pode causar um significativo impacto sobre o funcionamento e a recuperação social. Entretanto, os baixos índices de utilização e a grande atração tornam evidente que os grupos de apoio- mútuo sozinhos e em sua forma atual não constituem uma estratégia suficiente para garantir oportunidades ao suporte de apoio e atingir os modelos de papel efetivo em pessoas com doença mental severa. Utilizando a estrutura de ajustamento do meio de cada pessoa, outros tipos de apoio podem ser oferecidos para envolver um maior número de indivíduos em tais atividades, particularmente nas estruturas não- grupais. Os serviços de usuários e o uso dos usuários como participantes de serviços de Saúde Mental constituem dois desenvolvimentos mais recentes que podem oferecer maior acesso aos indivíduos com distúrbios psiquiátricos em relação aos benefícios potenciais de apoio.

8.2-Serviços de Usuários

Como se observou acima, um segundo movimento dentro do Movimento de Usuários significou a criação de centros de usuários e grupo residencial e de programas vocacionais(Chamberlin,1996). Enquanto tais programas se desenvolviam originalmente como alternativas para o sistema de Saúde Mental formal, eles também penetravam numa fase de padronização e colaboração(Kaufmann et. al.,1989). Enquanto os grupos de apoio- mútuo se servem de usuários, o serviço envolve um esforço intencional e voluntário por parte de um indivíduo que adquire vantagem sobre o apoio instrumental e emocional que é oferecido por seus “padrinhos”. Além disso, as estruturas comportamentais criadas por este serviço têm potencial para encorpar os mesmos tipos de expectativas, rotinas, papéis, informação e ideologia encontradas nos grupos de apoio- mútuo.

Os serviços de usuários diferem também dos grupos de apoio- mútuo, entretanto diferem de dois modos importantes: 1º- em contraste com os grupos de apoio- mútuo, o apoio do “padrinho” oferecido nos programas de usuários não pode ser inteiramente mútuo. Embora os “padrinhos” possam ser encorajados a se apoiarem mutuamente, os profissionais de serviço são pagos e usados no programa e nem podem esperar, nem se permitem receber apoio ou quaisquer outras ajudas dos clientes do programa. Como tais programas não atuam dentro de definições convencionais de limites terapêuticos ou profissionais muito embora se trate de uma questão empírica quanto ao grau em que tais relacionamentos de “padrinhos” podem ser mútuos em contradição ao grau em que eles possam aproximar as relações convencionais, direcionais e cliente- profissionais (Armstrong, Korba & Emard,1995 in: Davidson, L. et al., 1997); 2º- a presença de uma

infra- estrutura mais formalizada dentro do programa de usuários e a necessidade de atividades mais estruturadas, além das interações que ela acarreta, podem fornecer uma estrutura particularmente de apoio para a conquista de uma consistência e regularidade nas interações de apoio do “padrinho”, que muitas vezes está faltando em muitos grupos de apoio- mútuo.

O apoio- mútuo propicia às pessoas portadoras de sérias doenças mentais papéis construtivos que ultrapassam o status deles como pacientes mentais e oferecem uma rota viável de acesso para os modelos padrões de apoio para aqueles que não estão muito longe de recuperação.

9 - O GRUPO DE AUTO-AJUDA E O PROCESSO DE NORMALIZAÇÃO

O termo normalização vem sendo usado há três décadas, com o intuito de se chegar a um modo mais adequado de oferecer serviços a pessoas com dificuldades de aprendizagem, em países como Escandinávia, Dinamarca, EUA, Inglaterra e Austrália. Desde que o conceito de normalização surgiu na Dinamarca, em 1950, o mesmo vem sendo apresentado de formas diversas por determinados autores, o que nos impede, inclusive de adotarmos o termo como um conceito ou de determinarmos o princípio da normalização. Como no caso do Pragmatismo, o debate entre os autores que trabalham com a noção de normalização gira em torno do valor ou da utilidade do princípio da normalização, como forma de valorizar o papel social do dito desviante. Mais recentemente tal conceito passou a ser aplicado a outros grupos com deficiências. Perrin e Nirje assinalam a normalização como apoiada na estrutura de valor igualitário e humanístico, enfatizando a liberdade de escolha e o direito de auto-determinação (Perrin e Nirje, 1985:71). Bank- Mikkelsen (1980: 57) aponta o quanto os aspectos jurídico e administrativo de que todos são iguais perante a lei, estão presentes na teoria da normalização. Ou seja, a noção de igualdade, tão evidente na Revolução Francesa, contribui para uma negação da diferença e conseqüentemente o reforço de um processo segregativo, que se baseia na noção de cidadania. O conceito de normalização relaciona-se à valorização do papel social, para pessoas que correm o risco de serem desvalorizadas.

Em 1959 na Dinamarca havia uma preocupação dentro dos serviços relativos ao tratamento do retardo mental em “criar para o indivíduo mentalmente atrasado uma existência tão próxima quanto possível das condições de vida normais” (Bank- Mikkelsen, 1980:56). O autor ainda enfatiza que tal conceito levaria a “tornar normais as

condições no lar, na educação, no trabalho e no lazer das pessoas mentalmente retardadas. Isto significa conceder-lhes os direitos legais e humanos de todos os outros cidadãos” (Bank- Mikkelsen, 1980: 56). Isto nos remete ao fabuloso texto de Machado de Assis: “O Alienista”, pois com tal processo reforçamos uma oposição entre normal e patológico, que contribui para um não olhar para a diferença e com isso a pluralidade é confinada dentro de um espaço de iguais. Tal visão apoia-se em uma concepção legal de cidadania . A idéia dos serviços para pessoas portadoras de retardo mental era a de maximizar a qualidade de vida de seus usuários, mas para tal, tentavam reproduzir o estilo de vida de que dispunham os chamados cidadãos, dentro de uma concepção de adaptação do sujeito a uma dada realidade, sem se questionar essa realidade de exclusão da diferença.

Durante os anos de 1960 e os primeiros anos de 1970, as teorias classificatórias estavam desempenhando um importante papel no estudo sociológico do desvio. Estas teorias propunham que as características e o comportamento dos membros pertencentes aos grupos sociais do desvio são amplamente determinadas pelo modo como a sociedade responde a elas. “O desvio é um resultado de reação social ou um rótulo dos corpos oficiais de controle”(Davies,1975:172).O comportamento de uma pessoa tende a ser profundamente afetado pelas expectativas de desempenho que lhes são atribuídas, gerando papéis sociais rígidos. A teoria da normalização parte da visão de tal produção de papéis e visa levar os sujeitos ditos desviantes a encontrarem papéis sociais que levem a um desempenho social relevante em todos os âmbitos de suas vidas. Após a introdução do conceito de papéis sociais válidos, Wolfensberger propôs renomear a normalização por “valorização do papel social”(Wolfensberger,1983,1984), sendo o objetivo da normalização, a criação, o apoio e a defesa dos papéis sociais válidos para pessoas que correm o risco de serem desvalorizadas(Wolfensberger, 1983:234).Tal abordagem do

papel social encontra-se extremamente presente nos grupos de auto-ajuda, onde o sujeito aceita um rótulo dado pela sociedade, valorizando tal papel. A teoria do rótulo, caracterizada pelo trabalho de Goffman(1961) visualizava o como e o porquê as pessoas eram definidas por outras e explorava o efeito deste processo rotulante no comportamento subsequente das pessoas. O rótulo cria essencialmente o desvio, uma vez que um indivíduo ajusta o seu comportamento àquele que lhe é atribuído pelo rótulo. Isto é visível tanto no caso do alcoolista como no caso do doente mental.

A teoria do desvio adotada por sociólogos como Becker(1964), Lemert(1967) e Cohen(1971) assumiu o conceito de teoria do rótulo para qualquer grupo que se desviou da “norma”.

As diversas abordagens quanto a noção de normalização apresentam em comum(ver Wolfensberger,1980):

11 declarações idênticas quanto aos direitos dos usuários de serviços para retardo mental

A igualdade em termos de qualidade de vida do indivíduo.

A não oposição ao resultado da segregação dentro do corpus do serviço.

Perrin e Nirje(1985:71) assinalam que a normalização se apoia na estrutura de valor igualitário e humanístico, a qual enfatizaria a liberdade de escolha e o direito de auto-determinação. Bank- Mikkelsen(1980) aponta como elemento significativo da “teoria” da normalização, o aspecto jurídico e administrativo de que todos são iguais perante a lei. Tal fato refere-se, historicamente, a como se deu a utilização da concepção de normalização nos EUA em 1971, baseando-se na Declaração dos Direitos Humanos.

Durante o período em que o conceito da normalização estava sendo desenvolvido na Escandinávia, mudanças importantes estavam acontecendo na América do Norte, ocorrendo um movimento quanto aos direitos civis dos doentes mentais. Em 1963, o

presidente dos EUA, John Kennedy reuniu o congresso para “conferir plenos benefícios da nossa sociedade àqueles que sofrem de distúrbios mentais(...) e reter, devolvendo à comunidade os mentalmente doentes e retardados, restaurando e revitalizando-lhes a vida” (cf. Scheerenberger,1983:248).

Já na década de 70 Wolfensberger propõe e reformula a noção de normalização proveniente da Escandinávia e que chega à América do Norte, enfatizando um olhar sobre o modo como os deficientes são vistos pela sociedade e reforçando a importância de se pensar a normalização em termos de papéis socialmente válidos do que em termos de práticas culturalmente normativas(Wolfensberger,1983).

Para Nirje e Bank- Mikkelsen a normalização acarreta direitos e por isso não haveria necessidade de uma justificativa científica. Novamente percebemos uma cultura baseada no Pragmatismo, através da concepção de utilidade de William James. Mikkelsen chega a trabalhar com a noção de estilos de vida normativos, o que para nós representaria uma preocupação com uma “ordem social”. O curioso é que esta noção de igualdade só era discutida dentro de espaços de serviços específicos para pessoas com problemas mentais. Não se discutia a possibilidade de integração. Nirje(1980) é que começa a falar sobre a necessidade de integração, mas somente entre pessoas com severas dificuldades de aprendizagem e pessoas com dificuldades leves. Outros estudiosos apoiaram-se em uma afirmação de Wolfensberger, a de que “ao longo do tempo nenhum bem pode advir de qualquer programa(...) que não se baseie em relações íntimas, mútuas- positivas entre cidadãos comuns(não- pagos) e aqueles que são deficientes”(Wolfensberger,1980:77). Tal visão baseava-se em criar tais condições dentro de serviços, o que para nós aponta para a manutenção de um espaço segregativo remetendo- nos aos espaços estabelecidos pelos grupos de auto- ajuda. A única diferença é que Wolfensberger fala de um espaço

“artificial” criado dentro dos serviços entre pessoas portadoras de deficiências e outras não- portadoras, sendo os grupos de auto- ajuda um espaço criado especificamente para sujeitos que apresentam um mesmo tipo de “desvio”. Novamente nos remetemos ao texto “O Alienista” de Machado de Assis, pois na atualidade assistimos a uma proliferação de grupos de auto- ajuda que vão cada vez mais compartimentando o social em diversos desviantes, sendo tal movimento valorizado pela mídia(cf. Revista Veja edição 1586, ano 32 nº 8, de 24 de fevereiro de 1999 p.96-103), sem nenhum tipo de questionamento quanto ao por que da necessidade de tantos isolamentos. Percebemos, cada vez mais, que tais movimentos se dão em função das sociedades valorizaram o “normal”. O movimento da auto- ajuda, com o surgimento de grupos como “Introvertidos Anônimos” , “Emocionais Anônimos” etc. apontam para o movimento surgido através do saber médico e reificado pela Psiquiatria(através das diversas classificações de “doenças”), que nos leva a lembrar da “Casa Verde” construída pelo alienista do conto de Machado de Assis, já que o confinamento da diferença pode marcar os grupos de auto- ajuda quando os mesmos não questionam o fato de tais formações reforçarem um processo segregativo . Assim, estariam fazendo o mesmo movimento que fez o alienista de Machado de Assis, quando passa a confinar uma cidade inteira por olhar a pluralidade de formas de estar no mundo como apenas patologias, ou seja, através unicamente de um olhar para o que desvia da normalidade . Com isso os grupos de auto- ajuda podem tornar-se várias “Casas Verdes” quando reforçam a noção de doença para qualquer tipo de dificuldade de estar no mundo.

Por que fazemos uma articulação entre a prática o grupo de auto- ajuda e a concepção de normalização? Porque tanto a abordagem da normalização quanto a prática dos grupos de auto- ajuda mantêm uma posição de institucionalização do desvio, para que

haja a promoção de um tratamento do desvio e uma conseqüente adaptação do sujeito dito desviante a uma dada cultura, sem que se discuta o processo que levou a tal estigmatização e também porque assim como os grupos de auto-ajuda acreditam em uma metodologia capaz de se adaptar a qualquer cultura, o conceito de normalização leva a idéia de que podemos estender tal conceito a outros tipos de desvio e também porque as duas abordagens baseiam-se na noção pragmática de utilidade, ou seja, se há, com isso, uma aplicabilidade prática às duas abordagens. Com isso podemos promover um sujeito adaptado à realidade, que poderia ser definido como um “sujeito normótico”. Tal nomenclatura foi utilizada por BOLLAS(1992: 169-194) para referir-se àquele sujeito que encontra-se extremamente ancorado à realidade percebida objetivamente, tentando livrar-se de uma vida intrapsíquica, “(...) tornando-se parte do mecanismo de produção”(1992:173). BOLLAS aponta o quanto tais sujeitos gostam de fazer parte de instituições por estas lhe oferecerem uma noção de identidade baseada na identificação com o grupo. Esse tipo de forma de estar no mundo é cada vez mais presente em nossa cultura, onde os sujeitos passam a ficar em um lugar de objeto material como os demais objetos materiais do mundo e daí podem partir para o uso de drogas como forma de impedir qualquer contato com a subjetividade.

A exacerbação dos grupos de auto-ajuda na atualidade pode ser pensada como uma forma de produção em série de sujeitos normóticos, que não podem parar para entrar em contato com seu sofrimento psíquico.

10- OS GRUPOS DE AUTO-AJUDA E A PÓS-MODERNIDADE

Percebemos um novo estado de coisas, onde relações entre sujeitos passam a ser substituídas por relações de objetos, pois poderíamos dizer que em uma sociedade de consumo, os sujeitos também viram mercadoria. E aí, como se dão as novas produções de subjetividades, num tempo que se tornou um presenteísmo constante, em que já não se tem mais uma referência à memória, a um passado e onde já não se vislumbra um futuro?

Como nos diz Baudrillard(1995:171), “a perda da relação humana(espontânea, recíproca e simbólica) é fato fundamental das nossas sociedades”.

Mas o que chamamos de pós- modernidade?

A ruptura entre o Modernismo e o Pós- Modernismo poderia ser pensada entre as décadas de 50/60, onde há uma nova forma de pensar o sujeito. Jameson fala que não se trata de um estilo pós- moderno, mas que há uma mutação cultural em todos os setores. Ele defende uma certa periodização(a citada acima, mas que não se refere a uma história linear), não negando que podemos encontrar manifestações modernas no pós- modernismo.

No período do Modernismo podemos dizer que havia uma tendência de coadunar contradições, no sentido de resolvê-las e que a Ciência ficava no lugar do saber que poderia dar ao Homem uma vida sem ou quase sem sofrimento.

Se no Modernismo o saber era visto como algo que poderia aplacar o desprazer, no Pós- Modernismo ele virou mais uma mercadoria como tantas outras. O que importa é, por exemplo, a quantidade que um país consegue produzir no sentido de informações técnico- científicas. Logo, o próprio saber foi absorvido pela cultura de consumo. Dessa forma, pensamos que o sujeito vive o momento da desilusão. Daí a dificuldade para simbolizar, para produzir novas formas de representar o mundo.

Vemos a falta de profundidade como característica do pós- modernismo, onde a memória passa a ser substituída pela tecnologia, onde existe uma cultura da imagem e com isso um conseqüente enfraquecimento da historicidade. A realidade do sujeito passa a ser a própria imagem do sujeito. A experiência passa a ser mais espacial do que temporal. Daí esse “novo sujeito” que é observado na clínica, sem um acesso a sua história pessoal, sem uma perspectiva de futuro. O que há é um presenteísmo. Há um esmaecimento do afeto, como dito por Jameson.

Atualmente um grande número de perspectivas distintas (teóricos sociais, psicanalistas, lingüistas etc.) estão explorando a idéia de que um certo tipo de individualismo e de identidade pessoal é coisa do passado; de que o antigo sujeito individual ou individualista está “morto” e que seria possível descrever o conceito de indivíduo singular e a base teórica do individualismo como ideológicos. Há duas posições: a primeira, na era clássica do capitalismo competitivo, no apogeu da família nuclear e da emergência da classe social hegemônica, onde havia uma coisa chamada individualismo, sujeitos individuais. Hoje, na era do capitalismo empresarial, este antigo sujeito individual burguês, não existe mais. Uma segunda posição, mais radical, que poderia se chamar de pós- estruturalista diz que o sujeito individual burguês é um mito: ele nunca existiu realmente, que foi uma mistificação filosófica e cultural- um construto apenas.

Época do tecnicismo, triunfo da técnica, da instrumentalidade, tudo isso ocorre quando os homens funcionam como parte integrante desta técnica, quando funcionam como instrumentos. Ao invés de efeito de técnica, do desenvolvimento da técnica, poderíamos falar de interesse humano em sair do sofrimento banal, alienando a própria subjetividade a uma instrumentalidade.

Como manter a vida psíquica em uma organização social como a da pós-modernidade, já que o sujeito no mundo contemporâneo traria uma linguagem vazia, onde a palavra é desafetada? Seria para Kristeva(1993), um momento de depressão, onde a experiência cotidiana parece demonstrar uma redução espetacular da vida interior. Ela coloca o interesse acirrado pelas religiões como uma prótese de alma para uma subjetividade amputada.

Os homens estariam fazendo economia da própria vida psíquica e poderíamos pensar na toxicomania como um sintoma social no contexto da pós-modernidade, pois a busca desenfreada pela satisfação imediata é vista claramente na sociedade de consumo, onde tenta-se produzir um objeto que satisfaça inteiramente o sujeito, como se isso fosse possível.

Jameson fala que conceitos como angústia e alienação já não são mais possíveis no mundo pós-moderno; que há uma mudança na dinâmica da patologia cultural, onde a alienação do sujeito é deslocada pela sua fragmentação. Daí se falar em “morte” do sujeito, no fim de um ego autônomo. Porém, se o sujeito é pensado como linguagem, podemos dizer que ele jamais existiu, no sentido de um algo em si. Jameson fala que “(...) quando nos constituímos como uma subjetividade individual, como um campo auto-suficiente e um domínio fechado, também nos isolamos de todo o resto e nos condenamos à solidão vazia da mônada, enterrada viva e condenada a uma cela de prisão sem saída(1996:76).

Partindo do lugar de pesquisador da área de saúde mental²⁹ é que achamos extremamente relevante abordarmos o momento da contemporaneidade, pois a partir

²⁹ “o conjunto de práticas clínicas, políticas e técnicas vinculadas ao campo dos saberes intitulados da psiquiatria e da psicanálise na tradição acadêmica. (...) São os processos e estratégias de subjetivação, assim como os destinos sociais do sujeito, que estão em pauta no campo da saúde mental”(Bezerra, B. e Birman, J., 1990).

disso podemos compreender porque os grupos de auto-ajuda vêm proliferando cada vez mais. Nestes há um esmaecimento do sujeito com um conseqüente discurso organicista, onde as múltiplas causas para um dado fenômeno são esquecidas, retomando-se um olhar cartesiano para fenômenos que são multifacetados. Em um momento como o atual, onde a “cultura de pares” é cada vez mais presente, já que não se tem disponibilidade para a diferença, como no caso das relações entre pais e filhos, onde os pais, por exemplo, após longa jornada de trabalho, chegam em casa e vão ver tv e deixam seus filhos somente conversando entre si ou, dentro do contexto deste trabalho, pessoas se recusam a se aproximarem de um alcoolista ou de um sujeito em sofrimento psíquico. Um alcoolista questionou o fato de ter sido internado em um hospital psiquiátrico, pois referindo-se aos loucos, disse: “eles não tem nada a ver comigo; eu não vou ganhar nada conversando com eles”. Porém, acreditamos que é justamente na relação com a diferença que nos percebemos como sujeitos e é na relação com iguais que podemos nos colocar em um lugar de “objeto” e não de sujeito, já que o processo de imitação, presente no grupo de auto-ajuda através da relação especular com os “padrinhos” é um processo que caracteriza o mundo dos animais irracionais, como através do *imprinting*, mas o que caracteriza a raça humana é a possibilidade de escolha e não a determinação biológica. Muitas sujeitos buscam na determinação biológica a possibilidade de se definirem como uma entidade dada e acabada, através de formulações como: “eu sou um alcoolista” ao invés de “eu estou alcoolista”, pois com tais posições alienam-se de tudo, negando que são apenas produções de um imbricamento de questões históricas, sociais, políticas etc. A partir de tal posição é que percebemos os grupos de auto-ajuda como grupos que se baseiam na noção de segregação para afirmar um lugar passivo diante do mundo cada membro de um grupo de auto-ajuda para fazer parte do mesmo, tem que se perceber

impotente diante de um Deus que os espreita; só podem se ver fortes dentro dos grupos de iguais; fora deles tem que se manter anônimos, pois já se vêem em uma posição desqualificada, pois caso houvesse o interesse de questionarem esse movimento de excluir o diferente, não manteriam o anonimato e ampliariam a discussão acerca da segregação em uma esfera macro- política.

Percebemos no discurso dos grupos de auto- ajuda a presença da concepção de indivíduo, que é uma noção decorrente de períodos de pós- guerra, quando, o mundo, diante de massacres violentos, passa a adotar posições de isolamento, como é o caso dos grupos de auto- ajuda, que se fecham, como se fosse para se proteger de uma invasão do social, como se esta dicotomia fosse possível. A solidariedade passa a ser possível somente entre iguais e assim esta deixa de ser uma atitude solidária para ser uma atitude egoísta. Um membro dos A.A.(Victor W.) disse que prega uma “posição egoísta”, referindo-se ao fato de se pensar só em si, na doença e não nas causas de um sintoma.

Chama-nos a atenção a noção de universalidade presente no conceito de doença e em uma metodologia única para diversos tipos de sofrimento, levando a uma “cultura de pares”, como no texto básico para A.A.(p.15): “todos os dias, em algum lugar do mundo, uma recuperação tem início quando um alcoólico fala com outro alcoólico, compartilhando experiências, forças e esperanças”.

Os A.A. como os demais grupos de auto- ajuda relacionam suas práticas a uma psicologia moral e a um pressuposto mágico- religioso “(...) o princípio básico de nossas vidas é a absoluta certeza de que nosso Criador penetrou, de forma realmente milagrosa, em nossos corações e em nossas vidas. Ele começou a realizar para nós, coisas que nunca teríamos conseguido sozinhos”(Texto Básico para Alcoólicos Anônimos,p.48). Falam de um “programa de vida”, um significante bastante interessante, pois ao falarmos em um

“programa de vida” parece que a vida passa a ser instrumentalizada; controlada. Tal exemplo remete-nos a concepção de “normótico”, de Bollas(1992). Este percebe sujeitos obliterando a subjetividade em favor de um ego concebido como um objeto material entre tantos outros. Bollas percebe um número cada vez maior de transtornos de personalidade, que apresentam supressões parciais do fato subjetivo. Muitas vezes estas pessoas são bem sucedidas no sentido de se livrarem de uma vida intrapsíquica. São muitas vezes conscientes do vazio que sentem e procuram um atendimento clínico com o intuito de descobrirem uma forma de se sentirem reais ou de simbolizarem um sofrimento que só pode ser experienciado por um vazio ou por uma dor. Uma pessoa normótica seria aquela anormalmente normal, que tende a refletir-se na concretude dos objetos, na sua realidade material. É característica uma dessimbolização do conteúdo mental. A doença normótica seria aquela quando um significado subjetivo passa a se alojar em um objeto externo, sem ser reintrojado e deixa de ter uma função de significar. Bollas fala de elemento subjetivo como “o jogo interno dos afetos e das idéias que geram e autorizam nossa imaginação pessoal, informam criativamente nosso trabalho e proporcionam uma fonte contínua para nossas relações interpessoais”(1992:172).

O normótico torna-se um fato em pessoa. Tranqüiliza-se em tornar-se parte do mecanismo de produção. Refugia-se nos objetos materiais. A ação é a qualidade da vida. Inclui-se na sociedade de consumo como objeto. Este parece ser o processo ao qual um dado sujeito passa em um grupo de auto-ajuda; um processo onde a diferença tem que ser eliminada.

Segundo Alcoólicos Anônimos, o alcoólico “(...) em algumas ocasiões, não tem defesas mentais eficazes contra o primeiro gole, a não ser em alguns casos raros, nem ele nem qualquer outro ser humano pode providenciar tais defesas. Sua defesa precisa vir de

um Poder Superior”(p.65). Da mesma forma que para o alcoolista o álcool representa a substância que elimina a angústia, o mal-estar, colocá-se o chamado poder superior com esta mesma função, ou seja, a de um eliminador do mal-estar do sujeito. Alegam que “(...) é impossível explicar o que vemos, sentimos, direcionamos e usamos, sem uma premissa sensata como ponto de partida”(p.71). Criticam a necessidade que o ser humano tem de só aceitar o conhecimento científico. Concordamos com o fato que devemos valorizar as diversas formas de saberes de uma dada cultura e não adotarmos o saber dominante, sem nenhum tipo de questionamento quanto a utilização do mesmo em uma dada cultura, como é o caso da prática dos grupos de auto-ajuda, pois estes surgiram em um contexto específico: o norte-americano e o que percebemos é que a entrada da prática de grupos de auto-ajuda no Brasil se deu após viagem de alguns brasileiros aos EUA e da vinda de americanos ao Brasil, que participavam de grupos de auto-ajuda nos EUA. O processo marca a presença de um movimento de colonização, onde percebemos, até hoje, uma grande valorização do saber oriundo do exterior e uma desqualificação do saber produzido em terras brasileiras. Daí a importação de modelos europeus e americanos para o tratamento tanto do alcoolismo como da doença mental, em nosso país.

Segundo Alcoólicos Anônimos: “raramente vimos alguém fracassar tendo seguido cuidadosamente nosso caminho. Os que não se recuperam são pessoas que não conseguem ou não querem se entregar por completo a este programa simples, em geral homens e mulheres que, por sua natureza, são incapazes de ser honestos consigo mesmos”(p.79). Com tal discurso fica evidente a não tolerância para lidar com o diferente; logo, não se faz uma discussão macro-social da questão do alcoolismo porque dentro da instituição já existe uma postura segregadora, que tenta promover uma mudança de um comportamento desviante, a partir da idéia de que o desviante se quiser pode voltar

a assumir uma posição de normal e voltam para o sujeito a responsabilidade total, caso não consiga, alegando que estes, “por natureza” são incapazes de serem honestos consigo mesmos, ao invés de questionarem uma metodologia universal.

Segundo o Dr. Robert Smith, na I Convenção Internacional de A.A. (em Cleveland, Ohio, 1950): “Não vamos estragar tudo com complexos freudianos e coisas que são interessantes para as mentes científicas, mas que pouco tem a ver com nosso verdadeiro trabalho de A.A. (Os co-fundadores de Alcoólicos Anônimos- 50 anos de Alcoólicos Anônimos no Brasil, 1947-1997). Dizia ele que amor e serviço são a base dos Alcoólicos Anônimos. Tal discurso aponta para uma tentativa de não se olhar para causas diversas referentes a um dado fenômeno, pois o científico pode ser pensado como a capacidade de se pesquisar e aí novamente vemos uma relação da prática de A.A. com o momento da pós-modernidade, pois nas duas situações o que há é a tentativa de se promover uma funcionalidade da vida, somente.

11 - CONCLUSÕES:

A base das crenças e das práticas ideológicas de A.A. estão na sugestionabilidade e na noção de utilidade. Por isso, ouvimos pessoas referirem-se aos A.A. como uma “lavagem cerebral”, pois, por exemplo, utilizam-se de tal noção de utilidade, para reiterar os efeitos da sobriedade através de uma repetição ritualizada das histórias de vida de seus membros. O relato das histórias de vida de seus membros constitui uma força de grande importância nas reuniões de A.A.. Pretende-se, com isso, conscientizar cada membro do sucesso do método de A.A. e de seus efeitos úteis. Descrevendo-se repetidamente a história de vida de alguém, estabelece-se um ritual que demonstraria a utilidade do método de A.A. em colaborar para a vida desta pessoa. Porém, não é pensado sobre o efeito de tal repetição sobre uma possível eficácia do método de A.A. no sentido de mudança na qualidade de vida destas pessoas, já que, novamente, o que se percebe, aqui, é um método excessivamente baseado na sugestionabilidade, o que impede que questionamentos sejam feitos de uma forma mais distanciada de tal prática. Há, com isso, uma indução para que os membros acreditem na eficácia de tal método, o que é questionável, pois tal prática baseia-se em uma noção universal do homem e alega, com isso, que tal método pode adaptar-se a qualquer cultura. Mas o que se faz, com isso, é levar uma visão extremamente presente na cultura americana, para outras culturas, reforçando um lugar de “colonizadores” para os membros de grupos de auto-ajuda, como se estes tivessem uma verdade absoluta. Adapta-se, então, a cultura ao método e não o método à cultura, o que reforça a hipótese de uma prática alienadora.

O princípio da utilidade também é aplicado no domínio espiritual, onde tudo que é útil para se manter a sobriedade, é permitido: por exemplo, em experiências místicas, a crença em Deus ou no grupo de A.A. ou a crença, simplesmente, de que o natural

transcende o humano. Parte-se de uma noção naturalizada do homem, onde o que predomina é o poder sugestivo da crença. O que percebemos com o exemplo do escalador de montanhas, de James, é que em situações extremas, faz-se necessária a fé, ou seja, a crença em alguma coisa. O alcoolismo poderia ser pensado como uma dessas situações extremas, quando o sujeito estabelece com o álcool uma relação de tamanha dependência, que nada mais faz sentido em sua vida. Daí a importância em se acreditar em algo e os A.A. oferecem exatamente isso; oferecem um saber baseado na experiência pessoal e de fé, que leva a sugestão de que “aqui eu passei a saber de verdade o que é o alcoolismo” (fala de uma mulher em um grupo aberto de A.A.), ou seja, à crença em uma verdade universal. E parece-nos que esta crença é importante para alguém que se vê sempre tão fora do padrão de normalidade. Com a noção de universalidade, estes sujeitos passam a se ver como “iguais” a outros sujeitos, mas com isso não se discute a importância de se olhar para a diferença, para a capacidade de se fazer escolhas em nossa vida. Acreditamos que em nome desta igualdade, deixa-se de lado todo o processo de exclusão do “diferente”, que está sempre presente em nossa sociedade e vemos que este movimento, que baseia-se no anonimato, nunca sofreu nenhum tipo de represália exatamente porque reforça a segregação, quando alega que o alcoolismo é uma doença orgânica. Para nós o alcoolismo é, também, uma doença social, política e cultural, da mesma forma que a dita doença mental e por isso vemos a prática do grupo de auto-ajuda como uma prática que deve ser pensada fora da noção de fé, exatamente como a proposta de tal trabalho, pois não podemos negar que a fé existente nos grupos de auto-ajuda oferece um espaço de acolhimento muito necessário para quem só se vê excluído dos espaços sociais, como família, trabalho etc. Mas não podemos esquecer que tais “guetos” reforçam uma posição de “vitimização afirmativa”, que para nós não tem um caráter positivo, como indicado

por Soares, B.(1994), já que esta posição produz uma imensa segmentação do social, que o divide em “Neuróticos Anônimos” (que inclui “doentes mentais e emocionais” – cf. “As leis da doença mental e emocional”, de N.A .); Alcoólicos Anônimos”; “Comedores compulsivos anônimos” etc., o que aponta exatamente para a diferença e acreditamos que devemos lidar com esta diferença e não colocá-la em um lugar de “anonimato”, ou seja, que não questiona a segregação e sim a reforça, já que cria espaços de exclusão, sob a forma de guetos, onde a noção de que só um “igual” entende o outro é reforçada e com isso não se dá oportunidade para se dialogar com o diferente.

Partindo-se do lugar de pesquisador em saúde mental é que nos preocupamos com o desenvolvimento cada vez mais acelerado da prática dos grupos de auto-ajuda, pois estes promovem uma visão extremamente individualizada para uma dada dificuldade de existir, levando a um questionamento sobre, por exemplo, o alcoolismo e a doença mental apenas sob o ponto de vista de suas soluções, aceitando apenas uma causa para o dado problema: a causa orgânica e com isso negando-se os outros fatores que atravessam um estado de sofrimento psíquico.

O processo referente a metodologia da auto-ajuda levaria a uma idéia de um ego autônomo - o do sujeito alcoolista, do doente mental entre outros -, passando a ter sua identidade permanente. Tal visão difere de nossa concepção, pois para nós, a identidade só pode ser pensada como um processo de identificações, refletindo uma dada estrutura social e remetendo-nos necessariamente a um projeto político. Uma visão baseada na noção de identidade como algo permanente impediria o olhar para a mudança, para a transformação social. Como nos diz Ciampa(1995:74) “qualquer tendência, convergência ou concorrência que se arvore em Verdade, em ação, em expressão definitiva e acabada de um único projeto de transformação, absolutiza-se, tornando-se antidialética, anti-

histórica, anti-humana”. A prática da auto-ajuda como metodologia proposta por Alcoólicos Anônimos leva a uma visão de indivíduo baseada em um modelo capitalista de produção, onde cada um tem que se adaptar à realidade, sem questioná-la, para que seja absorvido por um mercado. Com isso não podemos dizer que a prática dos grupos não possa transcender sua metodologia primeira, mas a base para a construção de identidade está em uma noção perigosa de vitimização, que leva, necessariamente a um lugar de passividade e de alienação, pois não são questionadas as implicações político- sociais para a construção da identidade de doente e com isso não se constrói um projeto político baseado na noção de cidadania, como processo de promoção de autonomia.

Ouve-se comumente dizer que os A.A. se não fossem uma boa prática não existiria até hoje. Esta visão é, por si só, pragmática e pode servir de base para atrocidades como, por exemplo, as guerras ou os extermínios, já que em nome de verdades absolutas, podem ser impostas ideologias que promovem destruição. Não estamos aqui comparando a prática da auto-ajuda à situações de atrocidades, mas sim, enfatizando o risco da noção de verdade como utilidade.

Remetemo- nos a necessidade de construção de uma prática baseada em uma cultura brasileira e não em uma cultura norte- americana. Propomos como desenvolvimento deste trabalho observarmos se já há, no Brasil, uma prática de mútua-ajuda tanto para doentes mentais como para alcoolistas, que seja criação de nossa própria cultura e não incorporação de uma cultura norte- americana tão diferenciada da nossa.

12 - ANEXOS

12.1-Lista dos 12 passos

Os doze passos (cf. “o A.A. atinge a maioria” INCluir bibliografia!!!!)

- 1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool- que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
- 2- Passamos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.
- 3- Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que o concebíamos.
- 4- Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5- Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.
- 6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7- Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- 8- Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
- 9- Reparamos diretamente os danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

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

11- Procuramos, por meio da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

12- Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólatras³⁰ e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.

12.2 - As doze tradições:

1- Nosso bem- estar deve estar em primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de A.A..

29 Grifo nosso. Alcoholics Anonymus World Services, Inc., Alcoólicos ANÔNIMOS. Nova York. 1976: 78.

2- Somente uma autoridade preside, em última análise, o nosso propósito comum: um Deus amantíssimo que se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar.

3- Para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de abandonar a bebida. Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos ou ao A.A. em seu conjunto.

4- Cada grupo é animado de um único propósito principal- o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.

5- Nenhum grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso objetivo primordial.

6- Todos os grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto- suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.

7- Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não- profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.

8- A.A. jamais deverá organizar-se como tal. Podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.

9- Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.

10- Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.

11- O anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

As 12 tradições (Forma Integral):

Nossa experiência em Alcoólicos Anônimos nos ensinou que:

1- Cada membro de Alcoólicos Anônimos é apenas uma pequena parte de um grande todo. A.A. precisa continuar a viver, ou a maioria de nós certamente morrerá. Portanto, nosso bem-estar comum vem em primeiro lugar. Mas o bem-estar individual vem logo depois.

2- Para os objetivos de nosso Grupo, há somente uma autoridade final- um Deus amantíssimo, como pode expressar-Se em nossa consciência coletiva.

3- Nossa Irmandade deve incluir todos os que sofrem de alcoolismo. Não podemos, portanto, recusar quem quer que deseje se recuperar. A condição para tornar-se membro não deve nunca depender de dinheiro ou formalidade. Dois ou três alcoólicos quaisquer reunidos em busca de sobriedade podem se autodenominar um Grupo de A.A., desde que como Grupo não possuam qualquer outra afiliação.

4- Com respeito a seus próprios assuntos, nenhum Grupo de A.A. está sujeito a autoridade alguma além de sua própria consciência. Quando, porém, seus planos interferirem no bem-estar de Grupos vizinhos, estes devem ser consultados. E nenhum Grupo, comitê regional ou membro como indivíduo deve tomar qualquer atitude que possa afetar seriamente A.A. como um todo, sem consultar os Custódios da Junta de Serviços Gerais. Em tais questões, nosso bem-estar comum tem absoluta primazia.

5- Cada Grupo de Alcoólicos Anônimos deve ser uma entidade espiritual *com um único propósito primordial*: o de levar sua mensagem ao alcoólico que sofre.

6- Problemas de dinheiro, propriedade e autoridade podem facilmente nos afastar de nosso objetivo espiritual primordial. Acreditamos, portanto, que quaisquer bens de valor considerável, de real utilidade ao A.A. devem ser incorporados e administrados separadamente, fazendo-se assim uma divisão entre o material e o espiritual. Um Grupo de A.A., como tal, jamais deveria dedicar-se ao comércio. Entidades secundárias de auxílio ao A.A., tais como clubes ou hospitais, que requeiram muitos bens materiais e muita administração, devem ser incorporadas, de forma que, se necessário, possam os Grupos livremente descartarem-se deles. Tais instituições não deveriam, portanto, usar o nome de A.A.. Sua administração deve ser de exclusiva responsabilidade das pessoas que as financiam. Para os clubes, são em geral preferíveis gerentes que sejam membros de A.A.. Mas os hospitais e outros locais de recuperação devem, porém, ficar bem afastados de A.A. e ter supervisão médica. Embora um Grupo de A.A. possa cooperar com quem quer que seja, tal cooperação nunca deve chegar ao ponto de filiação ou endosso, real ou implícito. Um Grupo de A.A. não pode vincular-se a ninguém.

7- Os Grupos de A.A. devem ser inteiramente autofinanciados pelas contribuições voluntárias de seus próprios membros. Acreditamos que cada Grupo deve atingir, em pouco tempo, esse ideal; que qualquer solicitação de fundos usando-se o nome de A.A. é altamente perigosa, seja ela feita por grupo, clubes, hospitais ou outros agentes exteriores; que a aceitação de grandes donativos de qualquer fonte ou de contribuições que acarretem quaisquer obrigações é desfavorável. Vemos ainda com muita preocupação aquelas tesourarias de A.A. que continuam a acumular além da reserva prudente, fundos sem um propósito específico. A experiência tem nos demonstrado, freqüentemente, que nada pode destruir nosso patrimônio espiritual com tanta certeza, como as discussões fúteis sobre propriedade, dinheiro e autoridade.

8- Alcoólicos Anônimos deveria manter-se sempre não- profissional.

Definimos profissionalismo como o emprego do aconselhamento a alcoólicos em troca de honorários ou salário. Todavia, podemos empregar alcoólicos para desempenhar aquelas funções para as quais, em outras circunstâncias, teríamos que contratar não- alcoólicos. Tais serviços especiais podem ser bem recompensados. Mas nosso trabalho habitual de Décimo Segundo Passo de A.A. jamais deve ser pago.

9- Cada Grupo de A.A. necessita da menor organização possível. A forma rotativa de liderança é a melhor. O Grupo pequeno pode eleger um secretário; o Grupo grande seu comitê rotativo e os Grupos de uma ampla região metropolitana, seu Comitê Central ou Intergruppal, o qual freqüentemente emprega um secretário em tempo integral. Os Custódios da Junta de Serviços Gerais se constituem, na realidade, em nosso Comitê de Serviços Gerais de A.A.. São eles os guardiões de nossa Tradição de A.A. e os depositários das contribuições voluntárias dos A.A.s, através dos quais mantemos nosso Escritório de Serviços Gerais em Nova York. Eles são autorizados pelos Grupos a cuidar de nossas relações públicas em geral e garantem a integridade de nosso principal órgão de divulgação: a revista A.A. Grapevine. Todos esses representantes têm suas ações guiadas pelo espírito de serviço, pois os verdadeiros líderes de A.A. são apenas servidores experientes e de confiança da Irmandade. Seus títulos não lhes conferem nenhuma autoridade real e eles não governam. O respeito universal é a chave para sua utilidade.

10- membro de A.A. deve jamais expressar, de forma a envolver particularmente A.A., qualquer opinião sobre assuntos controversos externos- Nenhum Grupo ou sobre política, medidas de combate ao álcool ou religião sectária. Os Grupos de A.A. não se opõem a nada. Com respeito a tais assuntos, eles não podem expressar qualquer opinião.

Nossas relações com o público em geral devem caracterizar-se pelo anonimato pessoal. Acreditamos que A.A. deve evitar a publicidade sensacional. Nossos nomes e fotografias, como membros de A.A., não devem ser divulgados pelo rádio, filmados ou publicamente impressos. Nossas relações públicas devem orientar-se pelo princípio da atração e não pelo da promoção. Nunca há necessidade de elogiarmos a nós mesmos. Achamos melhor que nossos amigos nos recomendem.

11- Finalmente, nós de Alcoólicos Anônimos acreditamos que o princípio do Anonimato tem uma enorme significação espiritual. Lembra-nos que devemos colocar os princípios acima das personalidades; que devemos realmente conduzir-nos com genuína humildade. Isto para que as nossas grandes bênçãos jamais nos corrompam, a fim de que vivamos para sempre em grata contemplação d'Aquele que reina sobre todos nós.

12.3 - Os Doze Conceitos para os Serviços Mundiais :

1- A responsabilidade final e a autoridade suprema pelos serviços mundiais de A.A. deveriam sempre recair na consciência coletiva de toda nossa Irmandade.

2- Quando, em 1955, os Grupos de A.A. confirmaram a permanente Ata de Constituição da sua Conferência de Serviços Gerais, eles, automaticamente, delegaram à Conferência completa autoridade para a manutenção ativa dos nossos serviços mundiais e assim tomaram a Conferência- com exceção de qualquer mudança nas 12 Tradições ou no Artigo 12 da Ata de Constituição da Conferência- a verdadeira voz e a consciência efetiva de toda a nossa.

3- Como um meio tradicional de criar e manter uma relação de trabalho claramente definida entre os Grupos, a Conferência, a Junta de Serviços gerais de A.A. e

as suas diversas corporações de serviços, quadros de funcionários, comitês e executivos, assim assegurando as suas lideranças efetivas, é aqui sugerido que dotemos cada um desses elementos dos serviços mundiais com um tradicional “Direito de Decisão”.

4- Através da estrutura da nossa Conferência, deveríamos manter em todos os níveis de responsabilidade um tradicional “Direito de Participação”, tomando cuidado para que a cada setor ou grupo de nossos servidores mundiais seja concedido um voto representativo em proporção correspondente à responsabilidade que cada um deve ter.

5- Através de nossa estrutura de serviços mundiais, deveria prevalecer um tradicional “Direito de Apelação”, assim nos assegurando de que a opinião da minoria seja ouvida e de que as petições para a reparação das queixas pessoais sejam cuidadosamente consideradas.

6- Em benefício de A.A. como um todo, a nossa Conferência de Serviços Gerais tem a principal responsabilidade de manter os nossos serviços mundiais e, tradicionalmente, tem a decisão final nos grandes assuntos de finanças e de normas de procedimento em geral. Mas a Conferência também reconhece que a principal iniciativa e responsabilidade ativa, na maioria desses assuntos, deveria ser exercida principalmente pelos Custódios, membros da Conferência, quando eles atuam entre si como Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.

7- A Conferência reconhece que a Ata de Constituição e os Estatutos da Junta de Serviços Gerais são instrumentos legais e que os Custódios têm plenos poderes para administrar e conduzir todos os assuntos dos serviços mundiais de Alcoólicos Anônimos. Além do mais, é entendido que a Ata de Constituição da Conferência não é por si só um documento legal, mas pelo contrário, ela depende da força da tradição e do poder da bolsa de A.A. para efetivar a sua finalidade.

8- Os Custódios da Junta de Serviços Gerais atuam em duas atividades principais: (a) com relação aos amplos assuntos de normas de procedimentos e finanças em geral, eles são os principais planejadores e administradores. Eles e os seus principais Comitês dirigem diretamente esses assuntos; (b) mas com relação aos nossos serviços, constantemente ativos e incorporados separadamente, a relação dos Custódios é principalmente aquela de direito de propriedade total e de supervisão de custódia que exercem através de sua capacidade de eleger todos os diretores dessas entidades.

9- Bons líderes de serviços, bem como métodos sólidos e adequados para a sua escolha, são em todos os níveis indispensáveis para o nosso funcionamento e segurança no futuro. A liderança principal dos serviços mundiais, exercida pelos fundadores de A.A., deve ser assumida pelos Custódios da Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.

10- Toda a responsabilidade de serviço deveria corresponder a uma autoridade de serviço equivalente- a extensão de tal autoridade ser sempre bem definida, seja por tradição, por resolução, por descrição específica de função ou por atas de constituição e estatutos adequados.

11- Enquanto os Custódios tiverem a responsabilidade final pela administração dos serviços mundiais de A.A., eles deverão ter sempre a melhor assistência possível dos comitês permanentes, diretores de serviços incorporados, executivos e quadro de funcionários e consultores. Portanto, a composição desses comitês subordinados e juntas de serviços, as qualificações pessoais dos seus membros, o modo como são introduzidos dentro do serviço, os seus sistemas de revezamento, a maneira como eles são relacionados uns com os outros, os direitos e deveres especiais dos nossos executivos, quadros de

funcionários e consultores, bem como uma base própria para a remuneração desses trabalhadores especiais, serão sempre assuntos para muita atenção e cuidado.

12-As Garantias Gerais da Conferência: em todos os seus procedimentos, a Conferência de Serviços Gerais observará o espírito das Tradições de A.A., tomando muito cuidado para que a Conferência nunca se torne sede de riqueza ou poder perigosos; que suficientes fundos para as operações mais uma ampla reserva sejam o prudente princípio financeiro; que nenhum dos membros da Conferência nunca seja colocado em posição de autoridade absoluta sobre qualquer um dos outros; que todas as decisões importantes sejam tomadas através de discussão, votação e, sempre que possível, por substancial unanimidade; que nenhuma ação da Conferência seja jamais pessoalmente punitiva ou uma incitação à controvérsia pública; que, embora a Conferência preste serviço a Alcoólicos Anônimos, ela nunca desempenhe qualquer ato de governo e que, da mesma forma que a Sociedade de Alcoólicos Anônimos a que serve, a Conferência permaneça sempre democrática em pensamento e ação.

13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS _ *Vim a acreditar. Vivência- Revista Brasileira de Alcoólicos Anônimos. Nº 49. Set./Out. 1997.*
- ANTZE, P. - *The role of ideologies in peer psychotherapy organizations: Some theoretical considerations and three case studies. Journal of Applied Behavioral Science, 12:323-346. 1976.*
- ARMINEN, Ilkka _ *The politeness phenomenon and the meetings of Alcoholics Anonymous. Finnish Foundation for Alcohol Studies. June/ 1992. (MIMEO).*
- _____ _ *Outline for comparative analyses of A.A. life stories: a research note. Contemporary Drug Problems/ Fall, 1991.*
- ASSIS, Machado _ *O Alienista e outras histórias. Rio de Janeiro. Edições de Ouro.*
- BANK- MIKKELSEN _ *Denmark. Flynn, R.J. and Nitsch, K. E.(eds.) . Normalisation, Social Integration and Community Services. Austin, Texas. Pro- Ed: 1980.*
- BAPTISTA, Marcos e INEM, Clara (orgs.) _ *Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro. NEPAD/UERJ. Sette Letras: 1997.*
- BARROS, Denise D. - *Jardins de Abel. Desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo. Ed. Da Universidade de São Paulo: 1994.*
- BASAGLIA, Franco- *A Psiquiatria Alternativa. Rio de Janeiro. GRA.A.L: 1982.*
- BAUDRILLARD, Jean _ *A sociedade de Consumo. R.J. Elfos: 1995.*
- _____ _ *As Estratégias Fatais. R.J. Rocco: 1996.*

- BECKER, H. - *The Other Side: Perspectives on deviance*, New York: The Free Press. 1964.
- BENTO, Victor Eduardo Silva – *Tóxico, droga, toxicomania e adicção : uma introdução à etimologia segundo uma ótica psicanalítica*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*,42(7): 373-380,1993.
- BERRIDGE. - *A Natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre. Artes Médicas: 1994.
- BEZERRA, Benilton _ *Cidadania e loucura: um paradoxo?* *Psiquiatria sem hospício*. Amarante, P.(org.).Rio de Janeiro. Relume- Dumará: 1992.
- _____ _ *De médico, de louco e de todo mundo um pouco – o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80*. *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Reginaldo Guimarães e Ricardo Tavares(orgs.). Rio de Janeiro. Relume Dumará. Abrasco/IMS- UERJ: 1992.
- BIRMAN, Joel – *Fantasma*. *Cadernos de Psicanálise da Sociedade de Psicologia Clínica do Rio de Janeiro*. Instituto de Psicanálise. Ano 6. Nº 8. Março/ 1987.
- _____ _ *Como era gostoso o meu francês. Sobre o campo psicanalítico no Brasil nos anos 80*. *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Reginaldo Guimarães e Ricardo Tavares. Relume-Dumará. Abrasco/I.M.S.-U.E.R.J.: 1992.
- BITTENCOURT, Lígia _ *Do jurídico a ordem médica (os descaminhos do uso de drogas no Brasil)*. *Dissertação de Mestrado*. PUC- Rio: 1986.
- _____ (org.) _ *A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*. Rio de Janeiro. UERJ. Imago: 1994.
- BOLLAS, Cristopher _ *A sombra do objeto; psicanálise do conhecido não- pensado*. Rio de Janeiro. Imago: 1992.

- BORKMAN, T. – Self-help groups at the turning point: emerging egalitarian alliances with the journal health care system? *American Journal of Community Psychology*. 1990.
- BOURDIEU, Pierre _ *Gênese e Estrutura do Campo Religioso*. A economia das trocas simbólicas. São Paulo. Perspectiva: 1971.
- BRANDON, David _ *The Implications of Normalisation for Professional Skills*. Beyond Community Care- Normalisation and Integration Work. Ramon, S. . England. Macmillan/ Mind Publications: 1991.
- BUCHER, Richard _ *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre. Artes Médicas: 1992.
- BURNS, J. _ *O caminho dos doze passos – o tratamento de dependência de álcool e outras drogas*. São Paulo. Loyola: 1995.
- CARLING, P. - *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: The Guilford Press. 1995.
- CARPINELLO, S.E., KNIGHT, E.L. & JANIS, L. - *A qualitative study of the perceptions of the mening of self-help, self-help group processes and outcomes by self-help group leaders, members, and significant others*. Unpublished manuscript. 1991.
- CASTANHEIRA, M. _ *A representação social da loucura*. Rio Grande do Sul. Grafite: 1994.
- CAVALCANTE, Antônio Mourão _ *Drogas: esse barato sai caro: os caminhos da prevenção*. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos: 1997.
- CHAMBERLIN, J. - *Self-help: Living it, promoting it, and learning from it*. *The Community Psychologist*, 29: 10-11. 1996.

- CIAMPA, Antônio da Costa _ *Identidade. Psicologia Social – o homem em movimento.* Lane, Silvia e Codo, Wanderley (orgs.). São Paulo. Brasiliense: 1995.
- CLABB _ *O texto básico para Alcoólicos Anônimos.* São Paulo. 1994.
- _____ _ *Alcoólicos Anônimos atinge a maioria- uma breve história de A.A..* São Paulo. 1994.
- CODO, Wanderley _ *O fazer e a consciência. Psicologia Social – o homem em movimento.* Lane, S. e Codo, W. (orgs.). São Paulo. Brasiliense: 1995.
- COHEN, S. - *Images of Deviance, Harmondsworth: Penguin.* 1971.
- COSTA, Jurandir F. - *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.* Rio de Janeiro. Campus: 1980.
- _____ - *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias.* Rio de Janeiro. Campus: 1989.
- DAVIDSON, Larry - *Peer Support among Individuals with Severe mental Illness: A Review of the Evidence.* Larry Davidson; Matthew Chinman; Bret Kloss; Richard Weingarten ;David Stayner and Jacob Kraemer Tebes. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine. 1997.
- DAVIDSON, L. & STRAUSS, J.S. - *Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health and recovery.* Psychiatry, 58: 43-55. 1995.
- DAVIDSON, L., WEINGARTEN, R., STEINER, J., STAYNER, D. A . & HOGE, M. A . *Integrating prosumers into clinical settings.* In Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Yasper, C. A . & Howell, L. L. (Eds.). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation (pp.437-455). Columbia, M. D. : International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. 1997.

- DAVIES, N. J. _ *Sociological Constructions of Deviance*. Dubuque. Iowa. Brown: 1975.
- DEEGAN, P.E. - *The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15: 3-19.1992
- _____ - *Recovering our sense of value after being labeled mentally ill*. Journal of Psychosocial Nursing. 31:7-11.1993
- DELEON, Julia Melendez de _ *Pensamiento magico- religioso en la terapia de Alcoholicos Anonimos*. Monografia de graduação em Psicologia. Escuela de Ciencias Psicologicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Agosto de 1977.
- DENZIN, N. - *The alcoholic self*. Newbury Park, CA: Sage. 1987.
- DONZELOT, Jacques. _ *Le troisième âge de la répression*. Topique nº 6. Paris. PUF:1971
- DURHAM, E.R. _ *A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas*. CARDOSO,R.(org.). A aventura antropológica: teoria e pesquisa. São Paulo. Paz e Terra: 1988.
- EDELSON, M. - *Ego psychology, group dynamics, and the therapeutic community*. New York: Grune & Statton. 1964.
- _____ - *Sociotherapy and psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press. 1970 a .
- _____ - *The practice of sociotherapy: A case study*. New Haven, C. T. : Yale University Press. 1970 b.
- EDWARDS, Griffith _ *Alcoólicos Anônimos*. O tratamento do alcoolismo. São Paulo. Martins Fontes:1995.

- EMERICK, R.E. - *Group demographics in the mental patient movement: Group location, age and size as structural factors.* Community Mental Health Journal, 25: 277-300. 1989.
- EMERSON, Eric _ *What is normalisation?*. Normalisation : a reader for the nineties. WARD, Linda. New York. Noutledge : 1992.
- FAINZANG, Sylvie _ *Du cnsommateur à l'alcolique: perception et définition de l'alcoolique par les anciens buvers du mouvement "Vie Libre" et par leurs conjoints.* Cahiers de l'IREB n° 11, 1993.
- _____ _ *Maladie, identité et guérison dans um groupe d'anciens buveurs: Vie Libre.* Ethnologie française, XXII, 1992, 1, Corps, maladie e société.
- FERNANDES, Graça _ *A organização do movimento de usuários no Brasil.* 1998. (MIMEO)
- FINNEN, G. - *Self-help for serious mood disorder: A Manitoba story.* Canada's Mental Health, 5-7. 1989.
- FOUCAULT, Michel – *Vigiar e Punir: nascimento da prisão.* Petrópolis. Vozes: 1987.
- _____ - *História da Loucura.* São Paulo: Perspectiva, 1987.
- FRESE, F. & DAVIS, W.W. - *The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals.* Professional Psychology: Research and Practice, 28: 243-245. 1997
- GALANTER, M. - *Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: A study of Recovery, Inc.* American Journal of Psychiatry, 145: 1248-1253. 1988.
- GOFFMAN, Erving – *A representação do Eu na vida quotidiana.* Petrópolis. Vozes: 1975.

- _____ _ *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: 1988.
- GRIFFITH, Edwards(org.) _ *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre. Artes Médicas: 1994.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. _ *Micropolítica- cartografias do desejo*. Petrópolis. Vozes:1986.
- HARTLEY, P. & NEWTON, T. - *Self-help groups for eating disorders*. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa, 5: 65-72. 1991.
- HELMERSSON, K. - *AA in Sweden. Paper presented at the Third working Meeting of the ICSAA*. San Rafael, California. 1991.
- HILTON, Michael E. - *Trends in drinking problems and attitudes in the U.S., 1979-1984* – W. Clark & M.E. Hilton (eds). Alcohol in America. Albany, State University of New York press.
- HOLANDA, A . B. _ *Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira: 1988.
- IFB _ *Entrevista com Richard Weingarten*. Nov./1997. (MIMEO).
- INEM, Clara e BAPTISTA, Marcos(orgs.) _ *Toxicomanias: uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro. NEPAD/UERJ. Sette Letras: 1997.
- INEM, Clara e ACSELRAD, Gilberta (orgs.) _ *Drogas: uma visão contemporânea*. UERJ/NEPAD. Imago: 1993.
- JACOBS, M. K. & GOODMAN, G. – *Psychology and self- help groups: predictions on a partnership*. American Psychologist. 1989.
- JAMES, William – *Pragmatismo e outros ensaios*. Rio de Janeiro. Lidoar: 1967.

- JAMESON, Frederic _ *A lógica cultural do capitalismo tardio*. Pós- Modernismo. São Paulo. Ática: 1996.
- _____ _ *O pós- modernismo e a sociedade de consumo*. O mal- estar no pós- modernismo- teorias e técnicas. Kaplan, E. Ann(org.).Rio de Janeiro. Zahar: 1993.
- _____ _ *Pós- Modernismo e o Mercado*. Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro. Contratempo: 1996.
- JARRAD, Jeffrey _ *The Brazilianization of Alcoholics Anonymous*. 1991.(MIMEO).
- _____ _ *Strangers in a strange land: the story of Alcoholics Anonymous in Brazil*.1991.(MIMEO).
- _____ _ *Os Antecedentes Históricos de Alcoólicos Anônimos*.1991.(MIMEO).
- JILEK- A.A.LL _ *Acculturation, alcoholism and indian- style Alcoholics Anonymous*. *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl. N. 9, 1981.
- JOHNSON, Paul _ *Bebida e abstinência na América do século XIX: comentários sobre a literatura recente*. Religião e Identidade Nacional. Rio de Janeiro. GrA.A.I: 1988.
- JONES, M. – *The therapeutic community*. New York: Basic Books.1953.
- JUNA.A.B _ *Manual de serviços de A.A. – refletindo as ações da Conferência de serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil*. Set./ 1995.
- _____ _ *O Grupo de A.A. ... Onde tudo começa*. São Paulo. Set. de 1996.
- _____ _ *Os Co- fundadores de Alcoólicos Anônimos. Cinquenta anos de Alcoólicos Anônimos no Brasil 1947-1997*. Rio de Janeiro.1997.
- KALINA, Eduardo _ *Drogadicção II*. Rio de Janeiro. Francisco Alves: 1988.

- KATZ, A . H. – *Self- help and mutual aid: Na emerging social movement?* Annual Review of Sociology, 1981.
- KATZ, A.H. & BENDER, E.I. *The strenght in us: Self-help groups in the modern world.* New York. Franklin-Watts:1976.
- KATZ, A . H. & LEVIN, L. S. – *Self- care is not a solipsistic trap: A reply to critics.* International Jornal of Health Services, 1980.
- KAUFFMAN, FREUND & WILSON – *Self- help in the mental health system : A model for consumer- provider collaboration.* Psychosocial Rehabilitation Journal, 13: 5-20. 1989.
- KESSLER, R.C., MICKELSON, K.D. & ZHAO, S. - *Patterns and correlates of self- help group membership in the United States.* Social Policy, 27:27-46. 1997
- KELLY, J.G. - *Ecological constraints on mental health services.* American Psychologist, 21: 535-539. 1966
- _____ - *Qualities for the community psychologist.* American Psychologist, 26: 897-903. 1971.
- KENNEDY, M. - *Psychiatric hospitalizations of growers.* Paper presented at the Second Biennial Conference of Community Research and Action, East Lansing, MI. 1989.
- KENNEDY, M & HUMPHREYS, K. - *Understanding worldview transformation in mutual help groups.* Prevention in Human Services, 11: 181-199. 1994.
- KLOOS, B. - *Meaning-making in the context of residential treatement settings for pesons with histories of psychological disorders .* Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois at Champaign-Urbana. 1998
- KRISTEVA, Julia _ *Les nouvelles maladies de l'ame.* Paris. Fayard: 1993.

- KURTZ, L.F. *The self-help movement: Review of the past decade of research*. Social Work with Groups, 13: 101-115.1990.
- KURUBE, N. - *Organizations and actives of links*. Paper presented at the Third Working Meeting of the ICSAA. California, 1991.
- LANE, Silvia T. M. _ *Consciência/ alienação: a ideologia no nível individual*. Psicologia Social – o homem em movimento. Lane, S. e Codo, W. (orgs.). São Paulo. Brasiliense: 1995.
- _____ _ *Linguagem, pensamento e representações sociais*. Psicologia Social – o homem em movimento. Lane, S. e Codo, W. (orgs.). São Paulo. Brasiliense: 1995.
- _____ _ *O processo grupal*. Lane, S. e Codo, W. (orgs.). São Paulo. Brasiliense: 1995.
- LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.-B. _ *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo. Livraria Martins Fortes: 1967
- LEITÃO, Maria Beatriz Sá – *Clínica e processos de subjetivação*. Grupos e Instituições em Análise. Heliana de Barros Rodrigues, Maria Beatriz Sá Leitão, Regina Benevides de Barros (orgs.). Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos:1992.
- LEMERT, E. - *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, New Jersey: Prentice-Hall. 1967.
- LEVINE. *The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America*. Journal of studies of alcohol. 15: 493-506.
- LEVINE & PERKINS, D. V. - *Principles and community psychology: Perspectives and applications* (2nd edition). New York: Oxford University Press. 1997.

- LINDLEY, Peter e WAINWRIGHT, Tony – *Normalisation training- Conversion or commitment?* Normalisation: a reader for the nineties. Ward, L. New York. Noutledge: 1992.
- LUZ, Madel Terezinha _ *As estratégias médicas no Brasil.* Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro. Graal: 1979.
- MAFFESOLI, M. _ *A contemplação do mundo.* Porto Alegre. Artes e Ofícios: 1995.
- MAINES, David R. _ *Review Essay: the Alcoholic Self and Its Social Circles.* AJS Vol.94. Number 4 (January 1989) : 864-73.
- MÄKELÄ, Klaus – *Implications for research of cultural variability of Alcoholics Anonymous.* *International colaborative Study of Alcoholics Anonymous.* Finnish Foundation for Alcohol Studies. Finland. Abril/1992(MIMEO).
- _____ _ *Social and cultural preconditions of Alcoholics Anonymous (A.A.) and factors associated with the strength of A.A..* British Journal of Addiction (1991) 86, 1405- 1413.
- MANNHEIM, Karl – *Ideologia e Utopia.* Rio de Janeiro. Zahar:1968.
- MARKOWITZ, F. E., DE MASI, M. E. CARPINELO, S. E., KNIGHT, E. L., VIDELCA-SHERMAN, L. & SOFKA, C. - *The role of self-help in the recovery process.* Paper presented of the 6th Annual National Conference on State Mental Health Agency Services Research and Program Evaluation. Arlington, V. A, February, 1996.
- MARTENS, E. - Editor, *Texte zum Pragmatismus,* Stuttgart: Reclam. 1975.
- MARX, K. & ENGELS, F. – *A Ideologia Alemã. Teses sobre Feuerbach.* São Paulo. Moraes: 1984.

- MASCARENHAS, Eduardo _ *Alcoolismo, drogas e grupos anônimos de mútua ajuda*. São Paulo. Siciliano: 1990.
- MASUR, Jandira _ *O que é alcoolismo*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo. Brasiliense: 1991.
- MATON, K. I. - *Towards an ecological understanding of mutual help groups: The social ecology of "fit"*. *American Journal of Community Psychology*, 17:729-753. 1989.
- MELMAN, Charles _ *Alcoolismo, delinqüência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo. Escuta: 1992.
- MILLER, J.- A. (org.) _ *Sujeto, goce y modernidad – fundamentos de la clínica*. Série Toxicomania y Alcoholismo. Instituto del campo Freudiano. Buenos Aires. Atuel – TyA : 1994.
- MINAYO, M.C.S. – *O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec- Abrasco: 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ S.A .S. Dep. de Assistência e promoção à saúde. Coordenação de Saúde Mental. Serviço de Atenção ao Alcoolismo e Drogadição _ *Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo*. Brasília. 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL _ *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. 1994.
- MONTERO, P. - *Da crença à desordem: a magia da umbanda*. Rio de Janeiro. Graal: 1985.
- MOXLEY, D. P. & MOWBRAY, C. T. - *Consumers as providers: forces and factors legitimizing role innovation in psychiatric rehabilitation*. In Moxbray, C. T., Moxley, D. P., Jasper, C. A & Howell, L. L. (Eds). *Consumers as providers in psychiatric*

rehabilitaion (pp 2-34). Columbia, M D: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.

- NEPAD/UERJ/ Convênio CCE _ Projeto Preservação da Vida. 1995.
- NEURÓTICOS ANÔNIMOS _ *As Leis da Doença Mental e Emocional*. ENABRA(Escritório Nacional de Serviços Gerais do Brasil). São Paulo. 1989.
- NIRJE, B. _ *The normalization principle*. Normalization, Social Integration and Community Services. Flynn, R. J. e Nitsch (eds.). Baltimore. University Park Press: 1980.
- NOTTO, Ana Regina e CARLINE, E. A . _ *Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de 7 anos consecutivos(1987-1993)*. Ver. ABP – APAL 17(3) : 107-114,1995.
- NOURRISSON, Didier _ *Aux origines de l'antialcoolisme*. *Revue Histoire, Economie et Societé*. N.4, 1988, Paris.
- OLIEVENSTEIN, Claude (Org.) _ *A vida do toxicômano*. Rio de Janeiro. Zahar Ed.: 1983
- OMS - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* - Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre. Artes Médicas: 1993.
- PACHECO, Carla de Oliveira _ *(Re) Educação para a cidadania: um estudo sobre alcoolistas e grupos de auto- ajuda*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. Universidade Federal do rio Grande do Sul. Porto Alegre. Fevereiro de 1994.

- PERRIN, B. and NIRJE, B. _ *Setting the record straight: a critique of some frequent misconceptions of normalization principle*. Australian and New Zealand. Journal of Developmental Disabilities 11: 69-74. 1985.
- PERRY, H.S., - *Psychiatrist of America: The life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge: Harvard University Press. 1982.
- PETERSON, J. H. - *Practicing the AA program*. Paper to be presented at the fourth working meeting of the ICSAA, Mexico. 1992.
- RAMÔA, Marise _ *A acolhida do desejo: um paradoxo com o modelo asilar*. Monografia de conclusão do curso de especialização em psiquiatria social. FIOCRUZ. 1995.
- RAMON, Shulamit _ *Principles and Conceptual Knowledge. Beyond Community Care- Normalisation and Integration Work*. England. Macmillan/ Mind Publications: 1991.
- RAMOS, S.P., BERTOLOTE, J.M. et al. – *Alcoolismo Hoje*. Porto Alegre. Artes Médicas: 1997.
- RAPPAPORT, J., SEIDMAN, E., TORO, P. A, SALEM,D.A, McFADDEN, L.S., REISCHL, T.M., STEIN, C.H. & ZIMMERMAN, M.A - *Collaborative research with a mutual help organization*. Social Policy. 1985
- REIDY, D. - *Recovering from treatment: The mental health system as an agent of stigma*. Resources, 6:3-10. 1994.
- REHM, JÜRGEN _ *Don't Think: Believe and Act! The Derivation from Philosophical Pragmatism of the Principles of Alcoholics Anonymus* . 1992. MIMEO: to appear in Addiction Research.

- RIGER, S. - *Ecological and environmental influences on the individual*. In Heller, K., Price, R.H., Reinhartz, S. Riger, S. & Wandersman, A (eds.). *Psychology and community change: Challenges for the future*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. 1984.
- ROOTES, L. E.; A.A.NES, D. L. - *A conceptual framework for understanding self-help groups: hospital and community psychiatric*. Washington: 1992.
- RODRIGUES, Ricardo Gondim - *Compreendendo o universo pentecostal e estabelecendo bases para o diálogo*. Símbolo de Unidade- juntando nossos pedaços. Série A palavra na vida. nº 105/106. CEBI Rio Grande do Sul. Contexto: 1996
- ROSOVSKY, Haydée - *Cualitative Aspects of A.A. in Mexico*. International Collaborative Study of Alcoholics Anonymous. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Finland. 1991(MIMEO).
- ROSOVSKY, H., CASANOVA, L. e PÉREZ, C. - *Las características de los grupos y miembros de Alcohólicos Anónimos*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991.
- SALZER, M.S., McFADDEN, L. & RAPPAPORT, J. - *Professional views of self-help groups*. *Administration and Policy in Mental Health*, 22: 85-95. 1994.
- SAZSS, T. - *Ideologia e Doença Mental*. Rio de Janeiro. Zahar: 1980.
- _____ - *Ceremonial chemistry: the ritual persecution of drugs, addicts and pushers*. London. Rotledge & Kegan Paul. 1974.
- SCHEERENBERGER, R.C. - *A History of Mental Retardation*. Baltimore: P.H. Brookes. 1983.
- SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier - *Drogas- uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo. Casa do Psicólogo: 1995.

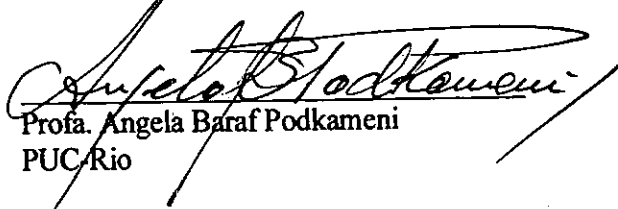
- SINATRA, E. S. – SILLITTI, D. _ *Sujeto, Goce y Modernidad – los fundamentos de la clínica II*. Buenos Aires. Atuel- TyA: 1994.
- STENIUS, K. - “*The most successful treatment model in the world*”: *Introduction of the Minnesota model in the Nordic countries*. *Contemporary Drug Problems*, 18, 151-179. 1991.
- SOARES, Barbara e ROHDEN, Fabiola _ *As melhores Intensões*. Rio de Janeiro. ISER (relatório de pesquisa): 1994.
- SOARES, Barbara _ *Alcoólicos Anônimos: uma mensagem na garrafa lançada ao mar*. *Drogas: uma visão contemporânea*. Inem, C. e Acelsad, G.(orgs.). Imago: 1993.
- _____ *Mulheres invisíveis – violência familiar e formações subjetivas*. Tese de Doutorado. IUPERJ: 1997
- TYNE, Alan _ *Normalisation – from theory to practice*. *Normalisation: a reader for the nineties*. Ward, L. New York. Noutledge: 1992.
- VASCONCELOS, Eduardo _ *Reinventando a vida com ponto de vista próprio: reflexões comparativas sobre o movimento de usuários em saúde mental em países centrais, latino- americanos e no Brasil*. Junho/ 1998. (MIMEO).
- VELHO, G. – *Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira* . *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro. Campus: 1978.
- _____ - *O estudo do comportamento desviante: uma contribuição da antropologia social*. *Desvio e divergência*. São Paulo. 1974.
- WEINGARTEN, R. - *The on-going processes of recovery*. *Psychiatry*, 57. 369-375. 1994.

- _____ - *How I've managed chronic mental illness*. In Spaniol, L. & Cagne, C. (eds). *Psychological and Social aspects of psychiatric disability*. (pp. 123-129). Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. 1997.
- WHITEHEAD, Simon _ *The social origins of normalisation*. *Normalisation: a reader for the nineties*. Ward, L. New York. Noutledge: 1992.
- WOLFENSBERGER, W. _ *The definition of normalisation: update, problems, disagreements and misunderstandings*. Flynn, R.J. and Nitsch, K. E.(eds.). *Normalization, Social Integration and Community Services*. Baltimore. University Park Press: 1980.
- _____ _ *Social role valorization: a proposed new term for the principal of normalization*. *Mental Retardation* 21: 234-9.1983.
- _____ _ *A reconceptualization of normalization as social role valorization*. *Mental Retardation . Canadian*. 34: 22-5.1984.
- ZALUAR, A (org.) _ *Drogas e cidadania* . São Paulo. Brasiliense: 1994.
- ZIMERMAM,D. E. _ *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre. Artes Médicas: 1993.
- ZUKERFELD, R. - *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Ricardo Vergara, 1992.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Marise de Leão Ramôa, intitulada "O Grupo de auto-ajuda em dois contextos: Alcoolismo e doença mental", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profª. Maria Euchares de Senna Motta
PUC-Rio (Orientadora)

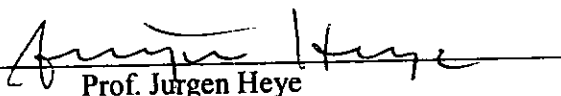


Profª. Angela Baraf Podkameni
PUC-Rio



Prof. Eduardo Mourão Vasconcelos
UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ..28/1..1999.



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas