



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE BARBACENA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

REGIANE CRISTINA DA SILVA BOTELLI GUERRA

CODEPENDÊNCIA AFETIVA E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DO INDIVÍDUO

**BARBACENA
2014**

REGIANE CRISTINA DA SILVA BOTELLI GUIERRA

CODEPENDÊNCIA E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DO INDIVÍDUO

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Esther de Matos Ireno Marques

**BARBACENA
2014**

Regiane Cristina da Silva Botelli Guerra

CODEPENDÊNCIA AFETIVA E SUAS REPERCUSÕES NA VIDA DO INDIVÍDUO

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Psicologia.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Kennya Rodrigues
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Prof. Me. Esther de Matos Ireno Marques
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Patrícia Dias de Castro
IFMG - Governador Valadares

Dedico este trabalho ao Borys, amigo fiel
presente em todos os momentos.

Agradecimentos

Ao "Deus" que habita em nosso interior e que nos impulsiona para a vida.

“Se você realmente ama aqueles que lhe compartilham a estrada, auxilie-os a serem livres para encontrarem a si mesmos, tal qual deseja você a independência própria para ser você, em qualquer lugar”.

Francisco Cândido Xavier

Resumo

Codependência afetiva é a incapacidade de uma pessoa de manter um relacionamento amoroso saudável e/ou um relacionamento interpessoal adequado às normas sociais, o que produz um desgaste físico ou emocional e relacionamentos destrutivos. O codependente desenvolve vínculos doentios e sentimentos obsessivos com relação ao outro e deseja um relacionamento simbiótico, apresenta um enfoque externo, ou seja, sua atenção está sempre voltada nos comportamentos, opiniões e expectativas do outro e, como consequência, ajusta sua conduta à estas expectativas para obter aprovação e estima. O presente trabalho teve como objetivo estudar e discutir os aspectos psicológicos desenvolvidos pelo codependente, outros transtornos relacionados a este quadro, bem como as possíveis intervenções. Trata-se de um tema pouco abordado até os dias atuais e desta forma foram encontrados poucos estudos publicados sobre o tema. Na seleção dos artigos abordados foram excluídos os artigos em inglês e foram considerados artigos acadêmicos em português e espanhol. Pretende-se através deste estudo ampliar a visão dos profissionais e da sociedade em relação ao tema, uma vez que grande parte da população encontra-se afetada pela sintomatologia codependente.

Palavras-chave: Codependência. Dependência afetiva. Relações amorosas destrutivas. Dependência do vínculo.

Abstract

Affective co-dependency is a person's inability of maintaining a healthful loving relationship and/or an adequate interpersonal one relative to the social norms. It can produce a physically or emotionally wearing away of the person and destructive relationships. The co-dependent develops unhealthy bonds and obsessive feelings toward the other and desires a symbiotic relationship demonstrating an external focus. In other words, the person's attention is always centered on behavior, opinions and expectations from the other and as a consequence adjusts his/her conduct to these expectations in order to gain approval and esteem. The objective of this present work is to study and discuss the psychological aspects developed by the co-dependent and other related disturbances to this profile as well as its probable interventions. It deals with a theme that has been little addressed until present day and due to this few published studies have been encountered concerning this subject. In the selection of the articles cited, those in English were excluded and only considered academic articles in Portuguese and Spanish. The intention of this study is to expand the view of the professionals and society in accordance to the theme once a large part of the population finds itself affected by the etiology of the symptoms of co-dependency.

Keywords: Co-dependency. Affective dependency. Destructive loving relationships. Bonds of dependency

Sumário

1	Introdução	17
2	Codependência ou dependência emocional	19
2.1	Origem do termo codependência	19
2.2	Instrumentos de avaliação para mensurar a codependência	20
3	Codependência e outros transtornos	23
3.1	Codependência e depressão em mulheres	23
3.2	Erotomania	25
3.3	Delírio de ciúme.....	26
3.4	Codependência e Transtorno de Personalidade Borderline	28
4	Codependência, a doença do vínculo.....	31
4.1	Codependência: A doença da família de adictos	31
4.2	Características de um codependente	33
5	Possíveis intervenções para a Codependência	35
6	Considerações finais.....	39
	Referências.....	41
	Anexo.....	43

1 Introdução

A codependência é uma patologia psicológica, comportamental e emocional que se caracteriza por uma dependência excessiva de um indivíduo em relação ao outro (ZAMPIERI, 2004).

Codependência é um comportamento aprendido, expressado por dependência às pessoas e coisas fora de si mesmo, essas dependências incluem negligência e diminuição de sua própria identidade. O falso eu que surge é frequentemente expressado através de hábitos compulsivos, adições e outros transtornos que também aumentam a alienação da verdadeira identidade, implicando em um sentimento de vergonha (WHITFIELD, 1991).

O codependente é o indivíduo que se mostra obsessivo em controlar o comportamento de outra pessoa, possui baixa autoestima e uma necessidade muito grande da aprovação externa para dar sentido à sua própria vida. Sua atenção está nos comportamentos, opiniões e expectativas do outro e, como consequência, ajusta sua conduta às expectativas do outro para obter aprovação e estima, ainda que para isto precise se submeter ao sacrifício (BEATTIE, 1987).

Estes indivíduos não têm controle de si mesmos e de suas ações, pois agem impulsivamente, tentando se impor e se fazer necessário na vida do seu objeto de dependência. Sofrem demasiadamente por medo do abandono e aniquilam sua subjetividade em prol do desejo de sentir-se amado e valorizado pelo outro (MORGAN, 1991).

Este trabalho tem como objetivo estudar sobre o sofrimento de pessoas que desenvolvem ao longo da vida a codependência afetiva e sentimentos centrados na pessoa amada, tais como insatisfação, desrespeito, pena, violência, raiva, exploração, desprezo, comparação, distanciamento, abandono, dificuldade na identificação da autoimagem, dificuldade em expressar ou identificar sentimentos, vitimização e ansiedade em relação à intimidade.

Este trabalho foi baseado em pesquisa bibliográfica, a qual consiste no levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa. Foram descartados artigos em inglês e considerados artigos acadêmicos em português e espanhol.

Desta forma a presente pesquisa visará responder quais aspectos psicológicos estão relacionados à codependência e quais as possíveis intervenções para diminuir o sofrimento do codependente.

2 Codependência ou dependência emocional

Codependência é a incapacidade de uma pessoa de manter um relacionamento amoroso saudável e/ou um relacionamento interpessoal adequado às normas sociais, o que produz um desgaste físico ou emocional e relacionamentos destrutivos (CUORE, 2013).

O codependente desenvolve vínculos doentios e sentimentos obsessivos com relação ao outro e deseja um relacionamento simbiótico, ou seja, de dependência mútua excessiva. (ZAMPIERI, 2004). Esta fragilidade emocional pode instalar-se em pessoas que tiveram dificuldade de experimentar amor, segurança, aceitação ou que sofreram abusos físicos ou emocionais, imposições excessivas de críticas ou regras, o que pode ter gerado baixa autoestima, senso de identidade frágil, perfeccionismo, negação da realidade, compulsões, depressão, foco excessivo na realidade do outro, somatização, falta de apetite, vômitos, dores em geral, angústia, raiva, tristeza, culpa, pena, decepção, solidão e medo.

Dra. Elizabeth Zamerul (2013), afirma que o codependente costuma ter padrões de comportamento como controle excessivo, manipulação do outro, necessidade de agradar (que leva à submissão), compulsão de salvar o outro e/ou autoritarismo. Enfim, apresenta sinais e sintomas que contribuem para padrões autodestrutivos de viver onde a pessoa tende a colocar suas possibilidades de escolhas e ação nas mãos dos outros.

Ainda segundo Zamerul (2013), apesar do quadro clínico ocorrer em ambos os sexos, é notória a prevalência maior no sexo feminino, o que provavelmente explica-se pelo condicionamento cultural em que as mulheres estão expostas desde cedo a colocar o foco de seus interesses em relacionamentos afetivos.

2.1 Origem do termo codependência

O termo codependência é um conceito multidisciplinar que desde o seu aparecimento, há aproximadamente quatro décadas, vem recebendo uma atenção no âmbito científico devido sua importância nos tratamentos e nas intervenções psicossociais em pacientes portadores de dependência química (ZAMERUL, 2013).

Nestas intervenções com dependentes químicos observou-se a semelhança de características de pensamentos, sentimentos e modo de relacionar-se que fazia adoececer entre os dependentes químicos e os dependentes afetivos, o que deu origem ao termo codependência, para as duas classes de dependentes: afetivos e químicos (LAIGN, 1989, apud HUMBERG, 2005).

Em 1990, o *Nacional council on Co-dependência*, realizou um consenso para validar uma definição de CD e foi definido que:

Codependência é um comportamento aprendido e expressado por dependências em pessoas ou coisas fora de si mesmo, estas dependências incluem negligência e diminuição da própria identidade, um falso eu que emerge e é frequentemente expressado através de hábitos compulsivos, adicção e outras desordens que alienam a identidade verdadeira adotando uma sensação de vergonha (WHITFIELD, 1991).

Em (1998) autores como Loughhead, Spurlock e Yuan-yo apontavam a divulgação do conceito de CD, denunciando a carência de investigação científica para o estudo, diagnóstico e os sintomas desta síndrome. Um atual estudo bibliométrico da produção científica publicada sobre codependência de D'Angelo *et al.* (2011) comprovou o empenho dos estudiosos em investigar empiricamente o construto para apontar dados fiéis e suas teorias.

Foram analisados 433 documentos sobre CD. O primeiro obtido tem a data de 1981 e o último de 2008. A busca documental foi realizada pela primeira vez no ano de 2004, sendo atualizada todos os anos até 2008. O objetivo da busca é revelar as últimas investigações referentes à CD (D'ANGELO *et al.*, 2011)

Em uma segunda seleção analisaram 81 documentos, mas somente os considerados instrumentos de validação para mensurar o conceito CD. Dentre estes identificou-se que os autores mais citados na literatura são: Spann-Fischer, Martins D-angelo, Menezdezmontañés, Gómez-benito e Silva Peralta.

2.2 Instrumentos de avaliação para mensurar a codependência

A necessidade de definir, operacionalizar e dar credibilidade ao conceito CD, impulsionou Fischer e alguns colaboradores a elaborar instrumentos que pudessem avaliar a síndrome e suas características através de instrumentos administrados aos sujeitos em formato de questionário, e não somente por teorias e experiências clínicas (D'ANGELO *et al* 2011).

Desde o surgimento do construto CD existe a proliferação de vários instrumentos para mensurar e validá-la. Até o presente momento foram encontrados 34 questionários e serão apresentados neste trabalho os três mais utilizados.

Constatou-se que 70% destes foram construídos entre 1985 e 1995 e desenvolvidos nos Estados Unidos, país de origem do construto. Este país enfrenta sérios problemas com o

alcoolismo e a dependência química desde os anos 60 e por este motivo os tratamentos dos pacientes e seus familiares eram financiados pelo governo (HARKNESS *et al.*, 2001).

Dentre os instrumentos mais citados o primeiro a ser apontado é:

a) SF CDS Spann- Fischer Codependency Scale

Escala de Codependencia Spann-Fischer (Spann - Fischer Codependency Scale; SF CDS) La Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS) de Fischer, Spann y Crawford (1991) é um instrumento que aparece com mais frequência e citado em 27 dos 81 documentos analisados. Este instrumento trata a CD implicitamente como uma deficiência da personalidade centrando nas diferenças individuais de atenção fora de si mesmo, dificuldade para expressar sentimentos e significado pessoal derivado das relações com os outros. Trata-se de um instrumento breve de autoinformação que consiste em 16 itens, tais como:

- Sou uma pessoa indecisa?
- Parece que tenho tendências a relacionamentos que são dolorosos para mim?
- Frequentemente dou mais valor às necessidades dos outros do que às minhas?
- Quando faço algo bom para mim mesmo, normalmente me sinto culpado?

As respostas contestam-se segundo uma escala Likert de 6 pontos que se estende desde discordo fortemente até concordo fortemente. A pontuação total oscila de 16 a 96 pontos e, quanto mais alta a pontuação, maior a codependência do entrevistado. (FISCHER *et al.*, 2005; IRWIN, 1995; CROTHERS; WARREN, 1996). Fischer *et al.* (1991), devido a uma grande variabilidade nos resultados dos grupos de pessoas submetidas ao questionário, fez com que os autores reconhecessem certa limitação na pesquisa.

b) CAQ Codependency Assessment Questionnaire

Potter-Efron (1989) desenvolveu o El Codependency Assessment Questionnaire (CAQ), este instrumento foi utilizado como um inventário para medir a evolução da CD. O segundo instrumento mais citado pela PsycINFO foi encontrado em 13 dos 81 documentos analisados. Para D-Ângelo (2011) (16%), o CAQ é um instrumento de autoinformação de 34 itens.

Constam subescalas com efeitos específicos que buscam determinar os estados cognitivos e afetivos consideráveis para o diagnóstico da CD. Cada subescala consiste de três a seis perguntas para que os entrevistados respondam “Sim” ou “Não” (POTTER-EFRON; POTTER-EFRON, 1989; MEYER, 1997, MEYER; RUSSELL, 1998; STAFFORD, 2001).

Para elaborar os itens do CAQ, Potter- Efron e Potter-Efron (1989) utilizaram a definição de codependente como alguém que é afetado notoriamente por dependência química ou por viver em um ambiente familiar altamente perturbador durante longo período de tempo. Os efeitos específicos da CD incluem: a) Medo, b) Vergonha/culpabilidade, c) Desespero prolongado, d) Ira, e) Negação, f) Rigidez, g) Negação da própria identidade e h) Confusão.

Meyer (1997) e Russel (1998) informaram sobre a confiabilidade do CAQ, indicando que os indivíduos serão classificados como dependentes pelo CAQ que apresentarem ($p < 0.001$). Confirmando a confiabilidade do CAQ, Fuller e Warner (2000) informaram e validaram este inventário via análise fatorial.

C) CAI Inventário de evaluación de codependencia (Frielco-dependency Assessmentinventory; CAI)

Segundo a revisão de Springer, Britt e Schlenker (1998), o investigador Friel, frequentemente citado na literatura sobre o tema, desenvolveu o CAI para as análises empíricas de CD. Este documento foi encontrado em 11 dos 81 documentos analisados (14%) sendo o terceiro mais citado.

O CAI (FRIEL, 1985) foi descrito por Springer *et al.* (1998) como um instrumento que baseia-se em uma perspectiva de estudo, concentrando nos sintomas de núcleo aprendido na família, tal como a culpa inadequada. É um instrumento voltado para elucidar o autocuidado, autocrítica, saúde física, sentimentos de identificação e uma excessiva responsabilidade, características que levam o indivíduo a pensar mais nos outros que em si mesmo e ter dificuldades de expressar seus sentimentos e dificuldades para pedir algo que deseja (PREST; BENSON; PROTINSKY, 1998).

A escala de CAI conta com 60 itens verdadeiro/falso, estipulando-se para resultados entre 10 e 20 problemas leves de CD e pontuação superior a 45 indicam CD severa. Springer *et al.* (1998) ao investigar sobre este inventário não encontraram suficientes dados sobre sua estrutura fatorial e sua confiabilidade ou validade. Apenas a escala realizada por Clark e Stoffel (1992), onde a CD relaciona-se com uma baixa autoestima pode ser considerada por estes autores.

Por outro lado, segundo a revisão feita por Prest *et al.* (1998), este inventário demonstrou eficácia tanto para as famílias funcionais e disfuncionais, quanto para codependentes diagnosticados clinicamente.

3 Codependência e outros transtornos

Indubitavelmente a CD é um fenômeno psicológico intrapessoal e interpessoal que afeta o bem-estar emocional, físico e profissional de milhares de pessoas. Autores explicam que os comportamentos codependentes podem ser identificados em indivíduos vulneráveis a desenvolver múltiplos problemas, tais como abuso de substâncias químicas, depressão, distúrbios alimentares, enfermidades causadas por estresse e situações de risco, assim como se envolverem em relacionamentos disfuncionais e destrutivos (ZANETTI, 2007).

Desta forma, observa-se que as características de codependência podem se relacionar à depressão, erotomania, delírios de ciúmes, transtorno de personalidade borderline. No entanto, apresentam-se como condições diferentes, existindo especificidades que permitem um diagnóstico diferencial.

3.1 Codependência e depressão em mulheres

Em estudos sobre depressão em mulheres destaca-se a grande sensibilidade do sexo feminino frente aos problemas domésticos, a perda de amigos e familiares próximos, problemas das relações afetivas e problemas sociais (KENDLER; THORNTON; PRESCOTT, 2001).

A depressão em mulheres ocorre de uma maneira diferente ao comparar-se aos homens (SURREY, 1991). As mulheres se relacionam e querem conquistar a compreensão mútua. Deste modo, as mulheres estão mais afetadas por seus relacionamentos interpessoais e, se estes não funcionam bem, particularmente, estão mais propensas à depressão.

As demandas da sociedade atual requerem das mulheres uma maior implicação em sua formação e manutenção da família (JADUE, 2003). Neste contexto vital é exigido das mulheres uma maior ocupação de acordo com as expectativas culturais de cuidado com ela e com os demais da família, estes fatores são as chaves para entender a associação entre seus relacionamentos sócio emocionais e a depressão (MCGRATH *et al.*, 1990). Os problemas e as tensões em seus relacionamentos afetivos constituem um maior risco de depressão do que os problemas e as tensões em outros âmbitos da vida. Por consequência, um fator importante para ocorrer a depressão nas mulheres é o grau de importância que lhe é outorgado em sua casa e em seus relacionamentos afetivos (JACK; DILL, 1992; VAN HOOK, 1996). O que explica que algumas intervenções pudessem encontrar um maior índice de depressão em mulheres casadas, divorciadas ou viúvas das que em solteiras (JUSTO; CALIL, 2006). Outro

fator a ser considerado é o fato de que mulheres mais velhas tendem a ter mais sintomas depressivos que homens da mesma idade (NAVARRO, 2000).

Os sintomas de depressão apresentados em DSM-IV-TR (2002) são: (1) alteração de humor como sentir-se deprimido, triste, abatido e choroso; (2) sintomas fisiológicos como alteração do sono, perda ou ganho de peso e fadiga inexplicável; (3) sintomas psicomotores como agitação; (4) sintomas psicológicos como desesperança, culpa excessiva e inadequada, indecisão, falta de valor pessoal e pensamentos suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2002). Estes sintomas podem converter-se em crônicos e recorrentes, prejudicando substancialmente a capacidade da pessoa para exercer cargos de sua responsabilidade cotidiana. Em casos mais graves a depressão pode levar ao suicídio, uma morte trágica que resulta em cerca de 850.000 vidas perdidas a cada ano (WHO).

Investigadores como Hughes-Hammer, Martsof e Zeller (1998) associam o estresse, as enfermidades psicossomáticas e a depressão com a codependência devido aos sintomas físicos como ansiedade, sintomas depressivos e alterações físicas produzidas por estresse. Conclui-se então, baseando-se na literatura encontrada sobre codependência e depressão, que ambos os problemas estão relacionados com: cuidados com a família, um familiar ou um cônjuge especificamente, abusos e maus tratos na infância ou em uma relação afetiva na vida adulta, o luto, o divórcio, a infelicidade conjugal e/ou familiar, o desemprego, a "síndrome do vício" e os problemas hormonais, causando prejuízo a si mesmo.

Vários estudos nos últimos 20 anos buscam dados empíricos que apoiem a relação entre codependência e depressão. Fischer *et al.* (1991) demonstrou que a codependência está relacionada à autoestima, ao manter-se no controle externo, à ansiedade e à depressão. Também há fortes evidências e positivas da correlação entre codependência e depressão (BACKE; BONCK; RILEY, 1994). Worth (1997) comprovou a relação positiva e significativa da codependência com a depressão, a ansiedade, os comportamentos compulsivos e a autodepreciação em uma amostra de 103 sujeitos de ambos os sexos.

Pérez, Gómez e Delgado (2003) encontrou relação com a baixa autoestima, a depressão, o afrontamento, o foco no outro, a necessidade autonegligente de ajudar e de controle parental percebido durante a infância. Por último, Byrne, Edmundson y Rankin (2005) observaram uma redução significativa na depressão e na ansiedade dos pacientes, assim como melhora nas percepções de autocontrole e de comportamento codependente, depois da participação em um programa de tratamento centrado nas relações afetivas passadas e atuais.

Baseando-se na literatura encontrada é possível concluir-se que, embora haja evidências entre os sintomas, é indubitavelmente imprescindível um diagnóstico preciso diferenciando codependência de depressão para uma sistematização correta acerca de intervenções diferenciadas para cada caso.

A codependência para ser diagnosticada deve-se fazer um levantamento dos antecedentes, consequentes e respostas e não somente utilizar-se da sintomatologia a fim de evitar diagnóstico depressivo.

3.2 Erotomania

A erotomania constitui um quadro delirante crônico caracterizado por uma fase inicial em que o sujeito acredita ser ardentemente amado por uma pessoa em geral famosa e inacessível que começa a assediá-lo. A dedução fundamental do processo mórbido é assim formulado por Clérambault: “Foi o objeto(erotomaniaco) quem começou, é este quem ama mais ou é o único que ama”. A partir de então derivam temas secundários tais como: “o objeto não pode ser feliz sem o sujeito desejado” ou “o objeto não pode ter todo o seu valor sem o sujeito desejado”. O sentimento que gera este postulado é um misto de orgulho, desejo e esperança: “A evolução e as reações dependem, em sua maior parte, do caráter individual, do grau de moralidade e da educação”, (CLÉRAMBAUT, 1920).

De acordo com este autor, o sentimento que gera o postulado é um misto de orgulho, desejo e esperança. As evoluções e as reações dependem, em sua maior parte, do caráter individual, do grau de moralidade e da educação.

Consideramos como específicas as seguintes concepções:

a) Postulado fundamental:

O objeto (pessoa portadora de erotomania) é quem começou a amar, ama mais ou é o único a amar, (concepção clássica).

b) Temas derivados e considerados evidentes:

O objeto não pode ser feliz sem o (a) pretendido (a).

O objeto não pode estar completo sem o (a) pretendido (a).

O objeto está livre. Seu casamento não tem valor.

c) Temas derivados que podem ser comprovados:

Vigilância contínua por parte do objeto.

Proteção contínua por parte do objeto.

Intrigas de aproximação por parte do objeto

Conversas indiretas com o objeto.

O objeto dispõe de recursos enormes.

O romance em curso inspira uma simpatia quase universal.

Comportamento paradoxal e contraditório do objeto.

Dentre as condições específicas da erotomania, a semelhança com a codependência é a necessidade do outro para sua felicidade, as maneiras que este encontra para se fazer presente na vida de seu pretendente e, ainda, a condição de proteger incondicionalmente o seu amor. Na erotomania o que difere é que algumas vezes a pessoa desejada é uma pessoa inacessível e, geralmente, não tem conhecimento de ser objeto de desejo do sujeito afetado pelo distúrbio.

Na codependência existe o sofrimento, a vontade de proteger e de se fazer necessário na vida da pessoa amada, mas, esta pessoa normalmente é uma pessoa do convívio familiar, uma pessoa acessível que faz parte do cotidiano do codependente e na maioria das vezes possui ou possuiu um relacionamento afetivo com o mesmo.

Os sintomas são bem parecidos e muito relevantes em ambos os casos, mas na codependência, o que ocorre é que o indivíduo apresenta oscilação entre uma certeza (ilusória) de que o parceiro real (do presente ou do passado), irá amá-lo e uma insegurança referente ao amor desse parceiro. O sujeito costuma referir bem estar nos momentos de ilusão e, quando constata a realidade, ou seja, o distanciamento e/ou a rejeição por parte do parceiro, os sentimentos de raiva e culpa se acentuam (SOPHIA *et al.* , 2008).

Já a erotomania (Kraepelin, 1921), é descrita por diversos estudiosos (CLÉRAMBAULT, 1942; PINSKY, 1951; RASKINESULLIVAN, 1974; EYET *al.*, 1984; GADDALL, 1989; RUDDEN *et al.*, 1990; MULLEN e PATHÉ, 1994), como uma crença delirante de ser amado por outra pessoa, em geral desconhecida e de posição social superior.

3.3 Delírio de ciúme

Em geral, a pessoa desconfia de seu próprio valor e, por isso, tende a julgar que não é tão importante e nem bastante amada (MARZANO, 2014).

O indivíduo exagera em suas atitudes que expressam ciúme, não tem uma perspectiva de haver um fim apesar de comprovar que suas suspeitas não são reais, gerando ansiedade, depressão, raiva, culpa, insegurança e desejo por retaliação. A aparição do ciúme excessivo com o sentimento de posse sobre o cônjuge e um temor de perdê-lo, originados pela

existência de uma insegurança pessoal, leva a uma diminuição do respeito à pessoa amada. Desta maneira, o ciúme demonstra um sinal de instabilidade emocional acentuada, confundindo amor com posse (HINTZ, 2003).

“Na realidade, o ser ciumento trava uma batalha consigo próprio, e não contra quem ama ou contra quem cobiça o bem amado. É no próprio núcleo do amor “ciumento” que se produz a inquietação e cresce a biotoxina que o envenena” (MYRA; LÓPEZ, 1998, p. 174).

Para Consoante Ramos (2000), mais importante que a confirmação da infidelidade em si é a incerteza que consome a mente destas pessoas, porque em casos de ciúme extremo decorrentes de disfunção perceptiva, mesmo que não haja provas evidentes da infidelidade do parceiro, o ciumento toma alguns indícios como se fossem provas irrefutáveis, cuja validade ou falsidade é indiferente para o seu grau de sofrimento.

Observam-se na literatura inúmeros casos emblemáticos para a questão do ciúme. Um dos mais conhecidos é o romance "Otelo – O Mouro de Veneza" de William Shakespeare. Em sua obra, o autor considera o ciúme como o "monstro dos olhos verdes". Nesta história o protagonista Otelo, envenenado de ciúme pelo astucioso Iago, deixa-se levar por um ciúme doentio do seu melhor amigo com sua esposa e por fim mata a honesta, terna e doce Desdêmona.

O conceito de ciúme mórbido ou patológico, também chamado de Síndrome de Otelo, em referência ao romance shakespeariano escrita em 1964, compreende várias emoções e pensamentos irracionais e perturbadores, além de comportamentos inaceitáveis ou bizarros (LEONG *et al.*, 1994). Envolveria medo de perder o parceiro (a) para um (a) rival, desconfiança excessiva e infundada, gerando significativo prejuízo no funcionamento pessoal e interpessoal (TODD; DEWHURST, 1955).

Percebemos que nestes casos de ciúmes o medo de perder seu objeto de desejo e o sentimento de posse torna a pessoa agressiva, controladora, protetora em demasia, mantém um foco excessivo na realidade do outro, causando-lhe angústias e tendências a compulsões que levam à negação da realidade. Sintomas presentes também em grande escala nos casos de codependência, mas que, mais uma vez, precisam ser cautelosamente analisados visando a história de vida e o perfil da pessoa afetada para a intervenção não se fazer de forma aleatória a fim de evitar-se o rótulo.

O grande diferencial entre o delírio de ciúmes e a codependência é que o primeiro é um quadro mais frequente entre homens portadores de alcoolismo crônico, demência ou com efeito paradoxal de drogas.

Nesses casos, os indivíduos apresentam uma preocupação infundada, irracional e resistente à arguição lógica, adotando eventos comuns do dia a dia como provas da "veracidade" do conteúdo delirante (SOPHIA ET AL., 2008).

3.4 Codependência e Transtorno de Personalidade Borderline

Em 1968, Grinker definiu os seguintes critérios para diagnosticar borderline:

- falha de senso de identidade;
- relacionamentos instáveis;
- sintomas de depressão;
- raiva inadequada ou intensa;
- baixa capacidade de adaptação ao estresse e do próprio controle em relação aos relacionamentos conjugais, apresentando fragilidade de mecanismos mentais que os tornam mais dependentes, com instabilidade afetiva, impulsividade, identidade difusa, susceptíveis a experiências dissociativas e profundo sentimento de dor interior.

A melhor descrição da personalidade borderline está no DSM. IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais, da Associação Norte-Americana de Psiquiatria). Pelo DSMIV, vê-se que a característica essencial do Transtorno da Personalidade Borderline é o padrão comportamental de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos. Há uma acentuada impulsividade a qual começa no início da idade adulta e persiste indefinidamente. O limiar de tolerância às frustrações é extremamente susceptível nessas pessoas.

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline se esforçam freneticamente para evitar um abandono, seja real ou imaginado. A perspectiva da separação, perda ou rejeição podem ocasionar profundas alterações na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento. O borderline vive exigindo apoio, afeto e amor continuamente. Sem isso, aflora o temor à solidão ou a incapacidade de ficar só em presença de si mesmo.

Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais e ao intenso temor de abandono, mesmo diante de uma separação exigida pelo cotidiano e por tempo limitado. Esse medo do abandono está relacionado a uma grande intolerância à solidão e à necessidade de ter outras pessoas consigo. Seus esforços frenéticos para evitar o abandono podem incluir ações impulsivas, tais como comportamentos de automutilação ou ameaças de suicídio. A

tendência a alguma forma de adicção como o álcool, remédios, drogas, trabalho desenfreado, sexo insistentemente perseguido, esporte, alguma crença, etc., refletem uma busca desenfreada de "um algo mais" que lhe complete e lhe dê sossego.

Segundo Baggio (2008), quem melhor descreve o ego desses pacientes, os borderlines são pouco capazes de se empenharem numa tarefa com persistência e acuidade. Desistem do esforço e circulam em torno daquilo que é preciso fazer, mas não fazem. Em relação ao contato interpessoal, eles têm uma tendência a atacar o outro do qual dependem como forma de camuflar a grande necessidade de dependência. São habilidosos em estimular o outro a lhes propiciar aquilo que precisam, mas recebem tudo o que lhe fazem como quem nada deve.

Características de Personalidade e Comportamento

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Borderline têm um padrão de relacionamento instável e, ao mesmo tempo, intenso. Na vida a dois, eles podem desenvolver intenções de protetores ou amantes já no primeiro ou no segundo encontro. Exigir que passem muito tempo juntos e compartilhem detalhes extremamente íntimos, ainda na fase inicial de um relacionamento, os caracteriza. Essas pessoas podem sentir empatia e carinho por outras pessoas, entretanto, tais sentimentos são frutos exclusivos da expectativa de que a outra pessoa estará lá para atender suas próprias necessidades de apoio, carinho e atenção. Pode haver no borderline, uma rápida passagem da idealização elogiosa para sentimentos de desvalorização, por achar que a outra pessoa não se importa o suficiente com ele, não dá o bastante de si, não se mobiliza o suficiente. Portanto, são insaciáveis em termos de atenção. Eles são inclinados a mudanças súbitas em suas opiniões sobre os outros. A inconstância do borderline se observa também em relação ao juízo que tem de si mesmo e de sua vida. Ele pode ter súbitas mudanças de opiniões e planos acerca de sua carreira, sua identidade sexual, seus valores e mesmo sobre os tipos de amigos ideais (BALLONE; MOURA, 2008).

A partir do que foi descrito acima, pode-se concluir que a semelhança com o codependente é o medo de perder a pessoa amada e a falta de limites do que se faz para manter o objeto de desejo preso à pessoa cometida pelo distúrbio. O Borderline, assim como o codependente, precisa da aprovação do outro, apresenta intolerância à solidão e apresenta ações impulsivas para conseguir atenção e a presença da pessoa amada.

4 Codependência, a doença do vínculo

A perda de si mesmo. Nunca questionei se o amava, apenas se ele me amava. Nunca pensei em ser feliz, só em mantê-lo ali. Nunca pensei em minhas necessidades, apenas se podia atender as dele. Sentia que valia cada vez menos porque nada do que eu fazia era suficiente. Pensava que havia algo de errado comigo porque não podia satisfazê-lo. Eu me odiava por ser “fraca”, não ter orgulho e aceitar um tratamento abusivo. Pensava que a melhor solução seria ele morrer, depois desejei a minha morte. Não tinha interesses além de nosso relacionamento. Sentia-me capaz de fazer qualquer coisa para tê-lo de volta. E sempre sofria. Via a diferença extrema entre o que eu pretendia ser e o que eu era na realidade (CODEPENDENTE ANÔNIMA, apud HUMBERG, 2005).

4.1 Codependência: A doença da família de adictos

O prefixo “co” coloca no outro o que é da própria pessoa, ou seja, os familiares são dependentes do vínculo que têm com codependente, assim como os familiares de dependentes químicos, que também apresentam uma dependência, não de drogas, mas do vínculo que têm com os dependentes químicos (HUMBERG, 2012).

O sofrimento e as necessidades dos dependentes do vínculo são muitas vezes deixados de lado e o foco se concentra apenas no dependente químico ou naquele que aparece como o mais frágil na relação, com isso o dependente do vínculo ou codependente, aparece como vítima ou cuidador que não precisa de cuidados (HUMBERG, 2003).

Na dependência do vínculo podemos ver que aparece a forma reativa, uma vez que o cuidado excessivo com o outro pode mascarar o desejo intenso de ser cuidado e a raiva por não ser (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967).

Beattie (2005) define codependente em um indivíduo que tem deixado o comportamento de outra pessoa afetá-lo e é obcecado em controlar o comportamento de outra pessoa. De uma maneira geral, a literatura atual denomina as pessoas que mantêm uma ligação estreita ou direta tanto social como profissional ou emocional como codependentes. Os codependentes além de enfrentarem problemas de toda ordem, como física, psicológica, social, financeira, entre outros, têm também um papel importante tanto na manutenção da dependência como na terapia do dependente (PALADINI; THEREZA, 2008).

A partir da década de 70 o termo codependência passou a ser utilizado em substituição a coalcoólatra (esposa de alcoólatra), que por alguns autores era também relatada como um comportamento anormal tido como “policiamento compulsivo” (GORDON; BARRET, 1993, apud HUMBERG, 2005). A partir da importância da família no estudo e no

tratamento dos doentes, passou-se a utilizar o termo codependência para ambos os casos (LAIGN, 1989, *apud* HUMBERG, 2005; TOFFOLI *et al.*, 1997 *apud* BLEFARI, 2003).

A codependência ocorre com frequência em indivíduos emocionalmente ligados a dependentes químicos, a maioria dos codependentes espera que o outro "se cure" para ter paz e essa paz tarda, infelizmente, porque enquanto se mantém nesse equívoco o codependente prejudica mais do que ajuda e ingenuamente considera-se essencial ao processo, acreditando que sem a sua presença o adicto se enfraquece. A realidade é que ambos já enfraqueceram há muito tempo, ambos precisam de ajuda e não é da ajuda um do outro (MORAES, 2007). O codependente não reconhece o descrito e é por isso que precisa de ajuda.

Muitas pessoas acreditam que a codependência está ligada somente à pessoas envolvidas afetivamente com alcoólicos ou dependentes químicos, mas na verdade existe uma correlação entre a desordem compulsiva ou compulsividade. Ou seja, seria natural termos codependentes em famílias em que um membro possa apresentar problemas com alimentação (comer de mais ou de menos), jogos, comportamentos sexuais inadequados, entre outros.

Podemos encontrar codependentes também nas seguintes situações:

- Pessoas em relacionamento com indivíduos com doenças crônicas;
- Pais de crianças com problemas de comportamento;
- Pessoas em relacionamentos com pessoas irresponsáveis;
- Enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais que ajudam outras pessoas (MORAES, 2007).

Os codependentes apresentam comportamentos que, para eles, são normais e somente depois de um tratamento tomam consciência do estrago que eles causam às suas vidas. São esses:

- Tentam controlar a vida do outro;
- Preocupam-se até a exaustão com as outras pessoas;
- Tem tentado ajudar de forma que não ajudam;
- Dizem sim quando querem dizer não;
- Tentam que as outras pessoas façam as coisas à sua maneira;
- Evitam ferir os sentimentos das pessoas, mesmo que para isso estejam ferindo à si próprios;
- Têm medo de confiar em seus sentimentos;
- Acreditam em mentiras e depois se sentem traídas;
- Desejam vingar-se de outros e puni-los.

Para que exista a codependência é necessário que exista dois denominadores comuns, caso contrário ela não existirá. Primeiramente, deverá haver um relacionamento pessoal ou profissional com pessoas perturbadas, carentes ou dependentes. E em segundo lugar, deverá haver nesse relacionamento regras silenciosas e não escritas que geralmente se desenvolvem e estabelece o ritmo dos relacionamentos. Essas regras proíbem a discussão de problemas, expressões abertas de sentimentos, a comunicação honesta e direta e as expectativas realistas.

4.2 Características de um codependente

Existem algumas características peculiares de um codependente no que se refere à sua postura e visão de si próprio. São elas:

- Tranca-se à necessidade de dar e receber amor;
- Não se leva a sério;
- Sentimento de derrota;
- Sentimento de culpa o tempo todo;
- Perda do controle de sua vida;
- Sente-se usado pelas pessoas;
- Baixa autoestima, beirando o ódio a si próprio;
- Autorepressão;
- Abundância de raiva e culpa;
- Dependência peculiar em pessoas peculiares;
- Atração e tolerância pelo bizarro;
- Problemas de comunicação;
- Problemas de intimidade;
- Papel de vítima. (MORAES, 2007).

Baseada na literatura encontrada, o codependente é adicto como o adicto, mas colocou o centro da sua angústia e obstinação no outro, é aquele que tenta desesperadamente ajudar, normalmente de forma manipuladora, perdendo a fronteira entre a ajuda saudável e a falta de respeito justificada pela vontade de acabar com o sofrimento do outro.

5 Possíveis intervenções para a Codependência

O codependente acredita que é outra pessoa e não ele o responsável direto por sua felicidade, passando, então, a buscá-la fora e não dentro de si. Mas, como diz Beattie (2005), “Se você quer se livrar disto, você tem que fazer alguma coisa para que isto aconteça. Não importa mais de quem é a falha no passado. A sua codependência se torna o seu problema e resolver os seus problemas é a sua responsabilidade”. Esta é uma afirmação que a autora faz em um livro de autoajuda dirigido a codependentes, onde também afirma que é necessário que o codependente busque ajuda profissional.

A primeira questão fundamental é fazer um bom diagnóstico. Não existe qualquer receita rápida para mudar estes comportamentos que podem ter suas bases na infância. Um modelo de tratamento é a psicoterapia e o importante é começar a dar os passos para cuidar de si mesmo de forma amorosa, tendo em mente o objetivo de se conhecer e valorizar-se para alcançar relacionamentos saudáveis e respeitosos ou é melhor não tê-los.

Coda (2004), afirma que o tratamento tem início com a tomada de consciência e aceitação por parte do codependente, momento este, que o sujeito passa a ser visto por si mesmo e pela sociedade como portador de uma patologia e que precisa de ajuda. A partir de então o codependente entende sua condição e a necessidade de ajuda. Percebe que ele também necessita de alívio para suas dores e que de forma inadequada se concentram no “outro”.

A psicologia proporciona um alívio ao codependente e uma das formas de intervenção ocorre de maneira individual, a partir da orientação, do acolhimento e da promoção de autoconhecimento. O codependente, na psicoterapia, desenvolve habilidades de estabelecer limites e se impor em suas relações, para que suas necessidades sejam atendidas com mais propriedade. O codependente precisa entender que dizer “não” àqueles com quem estabelecem esse relacionamento codependente não trará consequências desastrosas (OLIVEIRA, 2004).

Consultando um dicionário pode-se obter o seguinte significado para a palavra conhecer: distinguir; e para a palavra conhecimento: ato ou efeito de conhecer. Já o prefixo “auto” pode ter como significado: de si mesmo. Dessa forma pode-se estabelecer uma relação entre esses conceitos, sendo ela: autoconhecimento como ato ou efeito de conhecer a si mesmo. O que seria então conhecer a si mesmo (BATITUCCI, 2011).

Um ponto importante a ser observado é que os comportamentos adequados ou inadequados, têm uma função no meio em que o paciente vive. Cabe ao terapeuta descobrir o porquê destes comportamentos terem se instalado e como se mantêm. Não adianta

simplesmente remover um comportamento inadequado sem antes analisar a função deste na vida do indivíduo. Comportamentos podem ser inadequados vistos socialmente, mas podem ser a única alternativa que o paciente encontrou para se afastar de eventos aversivos (isolamento social, apanhar, etc.) ou para se aproximar de eventos reforçadores (como carinho, afeto, reconhecimento, etc.). Cabe ao terapeuta ajudá-lo a desenvolver novos repertórios que possam substituir aqueles inadequados, promovendo a obtenção de consequências tão ou mais reforçadoras (BATITUCCI, 2011).

O processo de autoconhecimento em terapia deve proporcionar ao indivíduo novas experiências com as quais ele poderá ampliar o seu repertório, selecionando novos comportamentos mais adaptativos e funcionais para a sua vida e reforçando aqueles comportamentos já adaptados, bem como dessensibilizando-o quanto a eventos que ao longo de sua história tornaram-se aversivos e que hoje geram reações emocionais desagradáveis. “A terapia consiste, não em levar o paciente a descobrir a solução para seu problema, mas em mudá-lo de tal modo que seja capaz de descobri-la” (SKINNER, 1998, p.417).

Como o terapeuta não pode antever todas as circunstâncias com as quais o paciente vai se defrontar, deve também estabelecer um repertório de autocontrole através do qual o paciente seja capaz de se ajustar as circunstâncias à medida que surjam (SKINNER, 1998, p.414).

O autoregistro usado na terapia pode fazer com que o paciente observe e registre sistematicamente seu próprio comportamento. É uma técnica consistente que tem como princípio o indivíduo como colaborador e agente de mudança. Também é consistente com o princípio comportamental da medição observacional direta dos problemas de interesse (CABALLO, 1999, p. 587). Em muitos casos, o próprio ato de registrar os comportamentos em função de antecedentes (pessoas envolvidas, locais, etc.) e consequentes (reação das pessoas, mudanças físicas no ambiente, etc.) pode ser suficiente para que o indivíduo discrimine as relações funcionais destas ações, já que as variáveis envolvidas estarão em destaque. Pode discriminar que um mesmo comportamento emitido com algumas variações (mudanças na topografia ou no contexto) aumente a probabilidade de ser seguido de consequências mais favoráveis, que determinados comportamentos não produzam efeitos tão bons quanto imaginava e que outros são muito mais eficazes do que supunha. Dessa forma, mesmo que não tenha condições de modificar esses comportamentos, o autoregistro vai auxiliá-lo a elaborar hipóteses e questionamentos que serão analisados com o terapeuta ao decorrer das sessões (BATITUCCI, 2011).

Conclui-se baseado nesta teoria que o autoconhecimento tende a propiciar autocontrole ao codependente, auxiliando-o a pensar e atuar a favor de si mesmo, posicionando-se de maneira mais confiante e colaborando para que troque as expectativas por contingências que favoreçam a probabilidade de reações que não lhe causem angústias e dependências.

6 Considerações finais

A codependência, ainda não possui atenção necessária em conceitualização, formas de diagnóstico e tratamentos, contudo, estudos estão sendo feitos e espera-se um maior interesse por este tema no futuro. Tendo em vista que grande parte da população desenvolve ao longo da vida a sintomatologia codependente. Portanto o estudo da codependência pressupõe um cuidado grandioso quanto à sua identificação e possíveis intervenções, sendo o sujeito cuidadosamente observado em seu contexto familiar e social, antecedentes, sintomatologia e individualidade.

O tratamento psicológico da codependência centra-se na dificuldade do indivíduo que sofre e em possíveis mudanças emocionais e comportamentais na tentativa de melhoria na relação com o outro, procurando priorizar o indivíduo em seu contexto familiar e social, de forma a proporcionar ao sujeito que se interatue efetivamente, fortalecendo sua autoestima. Por se tratar de sintomatologias parecidas, a codependência é muito confundida com transtorno de borderline, depressão, erotomania, delírios de ciúmes, dentre outros, exigindo uma maior atenção ao ser diagnosticada e tratada. Não existe um consenso sobre a amplitude da codependência e nem tão pouco intervenções determinadas para os afetados com este transtorno.

Terapeutas como Zampieri, D'Angelo, entre outros, afirmam que o desenvolvimento da autoestima, do autocontrole e do autoconhecimento proporcionam ao sujeito clareza para repensarem em suas vidas, de forma a identificar o sofrimento e lutar a procura do alívio almejando autocontrole e não angústias e pena de si mesmo.

Referências

A REALIDADE do amor obsessivo. Disponível em:

<<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Cdj2rEjguLgC&oi=fnd&pg=PR11&dq=obsess%C3%A3o+amorosa&ots=4kVtUhxdmI&sig=lZbmQ1XqlN9mxAK9570nzLFoCgg#v=onepage&q=obsess%C3%A3o%20amorosa&f=false>> Acesso em: 29 out. 2014

ALMEIDA, Thiago de. **A Síndrome de Otelo**: quando o ciúme se torna patológico.

Disponível em: <<http://thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/artigo9.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014

BALLONE G.J. MOURA E.C. Personalidade Borderline. **PsiquWeb**. 2008. Disponível em:

<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/www.psiqweb.med.br>> Acesso em: 02 nov. 2014

BATITUCI. **Autoconhecimento em contexto clínico uma abordagem behaviorista radical**. Disponível em:

<http://scholar.google.com.br/scholar?q=autoconhecimento+batituci&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 14 nov. 2014.

CLERAMBAULT, M. E. C. P. **Clássicos da psicoatologia**. Disponível em:

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n1/o_automatismo_mental_e_a_erotomania.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

CLERAMBAULT, M. E. C. P. Os delírios passionais: erotomania, reivindicação, ciúmes.

Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. Disponível em:

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n1/os_delirios_passionais.pdf> Acesso em: 04 out. 2014.

CODEPENDÊNCIA. Disponível em:

<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos_Psicologia/Co-dependencia.htm>. Acesso em: 02 nov. 2014.

D'ANGELO, M. et al. **Codependencia y sus instrumentos de evaluación**; um estudio documental. Avaliação Psicológica, v.10, n.2, p.139-150. Disponível em:

<documentaldisponivelhttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712011000200005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 11 ago. 2014.

D'ANGELO, R. M. M. MONTANES, M. C. M. **Codependencia en mujeres**: necesidad de un diagnóstico diferencial. Disponível em; <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782011000100008&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em? 11 ago. 2014.

LOUZÃ NETO, M. R. **Transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

METAMORFOSE da violência de genero, Disponível em:

<<http://upplay.com.br/restrito/nepso2012/seminario/uploads/Palestrantes/Artigo%20Metamorfoses%20da%20violencia%20de%20genero.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014

PACHECO, B. M.; GARCIA, C. R. **Laconfluencia en la relación de pareja como limitante para el crecimiento personal: una visión gestáltica**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482009000400003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 11 ago. 2014

REIS, A. A. dos; TEIXEIRA, E. R.; PAIVA, C. C. Autoregras como variáveis facilitadoras na emissão de comportamentos autocontrolados: o exemplo do comportamento alimentar. **Interação em Psicologia**, v.9, n.1, 2005, p. 57-64. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/3286/2630>>. Acesso em: 07 nov. 2014.
São Paulo: Agora, 2004.

TAVARES, E. C. S. H. ZIBERMAN, M. L. **Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead1/ahead1c>>. Disponível em: 01 out. 2014.

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Codependência, transtorno e a intervenção em rede**

Anexo

Teste utilizado pela Dra.Elizabeth Zamerul em seus pacientes para mensurar o grau de codependência afetiva que apresentam, baseado e adaptado do livro Codependência nunca mais - de Melody Beattie.¹

Instruções:

1. Responda e anote, à parte:
 - SIM - (muitas ou algumas vezes)
 - NÃO - (nunca ou geralmente não)
2. Busque ser o mais sincero (a) possível.
3. Parte 1. Enquanto responde, pense num relacionamento afetivo importante que vive e que considera estressante e sofrido ou em outros também doloridos que viveu anteriormente.

Neste relacionamento:

1. Coloco-o (a) no centro da minha vida, isto é, vivo muito em função dele (a)?
2. Quando me comunico com ele (a), meço as palavras, isto é, vivo pisando em ovos? Sinto medo de dizer o que realmente penso e sinto, porque imagino que a reação dele (a) será agressiva?
3. Tomo decisões que me desagradam, por exemplo, deixo de fazer coisas que gostaria, só para não desagradar e para evitar conflitos com ele (a)?
4. Acredito que seja normal amor e sofrimento caminharem juntos?
5. Continuo (ou continuei por um tempo excessivo) tolerando abusos ou agressões dele (a) para não ser rejeitada ou perdê-lo?
6. Pra melhorar este relacionamento, tento mudá-lo (a) através de conselhos, coações, ameaças, manipulações, tentando assegurar que as coisas aconteçam da maneira que acho correta?
7. E quando faço isto ou tento dar limites, gero discussões muito desgastantes que não chegam a lugar algum?
8. Sinto-me bravo (a) ou frustrado (a) comigo mesmo (a) porque não consigo dar os limites que gostaria pra ele (a)?
9. Sinto-me bravo (a) ou frustrado (a) porque não consigo resolver de vez esta situação?

¹ <http://www.elizabethzamerul.com.br/teste-codependencia.php#inicio>

10. Em alguns momentos, percebo-me tolerante demais com ele (a) e em outros, no extremo da intolerância?
11. Costumo mentir ou esconder o comportamento dele (a) para os outros ou dou desculpas quando estes comportamentos são vistos ou descobertos?
12. Sinto-me responsável por ele (a), pelos seus sentimentos, ou pensamentos, ou necessidades, ou ações, ou escolhas, ou vontades, ou bem-estar, ou mal-estar ou destino?
13. Em geral, tendo a cuidar muito mais dele (a) ou de outras pessoas do que do meu próprio bem-estar?
14. E quando ele (a) ou esta (s) pessoa (s) não faz (em) o mesmo por mim, fico ressentida (o)?
15. Sinto-me frequentemente ansioso (a), ou desgastado (a), ou culpado (a), ou deprimido (a) por causa deste relacionamento?
16. Vivo ajudando-o (a), mesmo quando ele (a) não pede ajuda?
17. Se um (a) amigo (a) me convida para sair e o(a) companheiro (a) também, não hesito em dizer não para o (a) amigo (a) para ficar com ele (a)?
18. Ansiosamente, fico um tempão esperando a ligação, SMS ou o e-mail dele (a)?
19. Quando comecei este relacionamento, deixei o (as) amigo (as) de lado?
20. Quando algo dá errado, tendo a colocar a culpa nele(a)?
21. Sinto necessidade de salvá-lo (a) quando ele (a) está numa situação difícil?
22. Sinto-me usado (a), magoado (a) ou até mesmo lesado (a) frequentemente por ele (a)? Ou seja, percebo um forte desequilíbrio entre dar e receber nesta relação?
23. A comunicação com ele (a) é muito difícil ou quase inexistente?
24. Decido que não vou me comportar mais de certo jeito com ele (a), mas me sinto compelido (a) e, quando vejo, já fiz tudo de novo?
25. Uso o sexo para tentar conquistar ou segurar o (a) parceiro (a)?
26. Procuro manter-me ocupado (a) o tempo todo para evitar entrar em contato com esta realidade dolorosa?
27. Quando estou mal com ele (a), todo o restante da minha vida fica ruim e difícil de levar?
28. Ignoro os meus problemas com ele (a) ou finjo que as circunstâncias não são tão ruins?
29. Sinto-me aprisionado (a) neste relacionamento?
30. Sinto vergonha deste relacionamento?
31. Evito falar sobre os nossos problemas?
32. Quando estou num relacionamento amoroso, fico prevendo que ele (a) vai me deixar?
33. Quando inicio um relacionamento amoroso, não aguardo o tempo suficiente para me certificar de que esta pessoa é realmente boa pra mim ou de que eu realmente gosto dela e me afobo em

tomar decisões e estreitar a relação logo? Por exemplo, sem muita reflexão, fico noivo(a), dou a chave da minha casa ou passo a dormir muitas noites com esta pessoa?

34. Depois que percebo que o relacionamento vai mal ou acabou, lembro que havia sinais evidentes que eu não enxerguei ou não valorizei?
35. Tenho a tendência de repetir relacionamentos destrutivos?
36. Tenho muito medo de ficar só?
37. E por este medo, continuo com ele (a) ou só saio de um relacionamento quando encontro outro?
38. Tenho dificuldade em me divertir, passear e viajar sozinho (a) ou sem ele (a)?
39. Ele (a) já disse que não quer continuar este relacionamento mas continuo insistindo? (Isto ocorreu ou ocorre)?
40. Tenho costume de confiar ingenuamente em parceiros (as) de mau caráter?
41. Neste relacionamento, me conformo em receber muito menos do que eu gostaria?
42. Depois de ter sido desrespeitado (a) ou agredido (a), aceito qualquer desculpa dele (a) pra rearmos o relacionamento e depois me arrependo?
43. Tenho tendência a me apaixonar por pessoas indisponíveis, agressivas, complicadas ou incapazes de amar?
44. Sinto necessidade de ser útil para ele (a) ou de sentir que ele precisa de mim?
45. Sinto necessidade frequente de saber onde ele (a) está e/ou o que está fazendo para (eu) ficar tranquilo (a)?
46. Tenho ataques de ira, depressão, culpa ou ressentimento?
47. Tenho ataques de violência?
48. Pratico atos irracionais?
49. Sinto necessidade de frequentes provas do afeto dele (a)?
50. Acredito que a minha felicidade depende, em grande parte, de como ele (a) age ou deixa de agir?
51. Tenho dificuldade de aceitar que ele (a) seja quem é ou deixar as coisas acontecerem naturalmente?
52. Às situações estressantes, tendo a responder ou de forma passiva ou agressiva, alternando entre estas?
53. Neste relacionamento, costumo acreditar que as coisas vão melhorar mesmo quando a realidade não mostra sinais consistentes disto?
54. Quando estou sofrendo, tenho tendência a somatizar ou já tenho doenças psicossomáticas crônicas, em decorrência da minha história afetiva?

55. Questiono frequentemente se ele (a) me ama?
56. Nego a mim mesmo (a) a necessidade de pedir ajuda?
57. Há um bom tempo não tenho objetivos claros e invisto decididamente em outras áreas da minha vida (exceto neste relacionamento)?
58. Sinto que perdi o rumo ou o controle da minha vida?
59. Por causa deste relacionamento, já pensei em suicídio?
60. Acho que já passou da hora de dar um basta e eu não dei?
61. Venho de uma família repressora, problemática ou disfuncional?
62. Não me senti amado (a), aceito (a) ou aprovado (a) por um ou pelos dois pais?
63. Um ou os meus dois pais - ou quem cuidou de mim - foi muito rígido (a)?
64. Em relação a erros, tendo a me cobrar excessivamente?
65. Em relação a erros, tendo a ser intolerante com os outros?
66. Sofro mudanças de humor inexplicáveis?
67. Percebo a minha autoestima baixa?
68. Preocupo-me facilmente e, nestes momentos, não consigo parar de pensar?
69. Sinto-me com pouca ou nenhuma esperança?
70. Costumo sentir um vazio interior quando estou sem um companheiro ou longe daquela pessoa a quem estou muito ligada?
71. Sinto-me desconfortável ao receber elogios?
72. Tenho muito receio de incomodar as pessoas?
73. Vivo me desculpando por qualquer coisa e mesmo sem ter feito algum erro?
74. Tenho dificuldade de confiar nos meus sentimentos e nas minhas decisões?
75. Flagro-me constantemente dizendo "sim" quando quero dizer "não"?
76. Sinto-me facilmente culpado (a) nas situações?
77. Vivo tentando provar aos outros que sou bom (a) o suficiente? E por isto, tenho medo de errar?
78. Vivo buscando o amor, aceitação e aprovação das pessoas?
79. Tenho dificuldade de confiar nas pessoas?
80. Tenho a tendência de confiar em pessoas não confiáveis?
81. Sinto-me facilmente inadequado (a)?
82. Facilmente sinto pena ou culpa quando outras pessoas têm problemas?
83. Sinto vergonha da minha própria vida?
84. Sinto ódio de mim mesmo (a) e/ou justifico-me, colocando a culpa nos meus pais ou noutras pessoas?

85. Já fui chamado (a) de controlador (a) por pessoas que convivem ou conviviam comigo?
86. Sinto-me muito sensível a críticas?
87. Sinto dificuldade de me manter muito próximo ou íntimo de pessoas? Sinto compulsão a fumar, comprar, comer, jogar, beber, usar drogas, medicamentos, usar a internet, trabalhar ou qualquer outra atividade em excesso?